

Observatoire du Management Alternatif
Alternative Management Observatory

—

Cahier de recherche

Mesurer la performance des hôpitaux publics en France.

Fondements méthodologiques, proposition d'un modèle d'évaluation, enjeux.

Clémence Marty
Hervé Merlin

Mai 2007

Majeure Management Public – HEC Paris
2006-2007

Genèse du présent document

Ce cahier de recherche a été réalisé sous la forme initiale d'un mémoire de recherche dans le cadre de la Majeure Management Public, spécialité de troisième année du programme Grande Ecole d'HEC Paris en partenariat avec ESCP-EAP. Il a été co-écrit par Clémence Marty et Hervé Merlin.

Il a été dirigé par Jean-Michel Saussois, professeur à ESCP-EAP, responsable de la Majeure Management Public, et soutenu le 15 mai 2007 en présence de Jean-Michel Saussois et de Claude Lancelot, Consultante senior chez Accenture.

Pour contacter les auteurs : herve.merlin@gmail.com, clemence.marty@gmail.com

Origins of this research

This research was originally presented as a research essay within the framework of the "Public Management" third-year specialization of the HEC Paris business school program, in partnership with ESCP-EAP. It was co-written by Clémence Marty and Hervé Merlin.

The essay has been supervised by Jean-Michel Saussois, Professor in HEC Paris, head of department of Public Management and research, and delivered on May, 15th 2007 in the presence of Jean-Michel Saussois and Claude Lancelot, Senior Manager at Accenture.

Avant-propos : Notre choix de publier ce mémoire

Ce travail de recherche n'est pas directement, à l'origine, orienté dans une perspective liée au management alternatif. La question à laquelle il voulait répondre était : « Comment mesurer la performance dans les hôpitaux publics en France, et quels sont les enjeux de l'application des outils de mesure de la performance dans cette sphère particulière de l'économie ? »

Néanmoins, une lecture du présent mémoire sous l'angle d'approche du management alternatif permet de soulever plusieurs questionnements et pistes de réflexions dont les apports nous ont semblé intéressants.

En premier lieu, ce travail de recherche explore des pistes alternatives au tableau de bord traditionnel (balanced score card) ; il s'agit notamment de l'approche pluridimensionnelle permettant de s'adapter à la multiplicité des objectifs d'une organisation et de mesurer sa performance globale et non seulement financière. C'est encore le caractère novateur de l'approche procédurale appliquée au Danemark, par exemple. Ces modèles alternatifs peuvent constituer une valeur ajoutée pour d'autres types d'organisations.

D'autre part, ce travail de recherche constitue un apport « à rebours » au management alternatif : dans le cas des hôpitaux publics français, l'application de processus rationalisateurs empruntés au management *mainstream* représente un moyen de mieux prendre en compte le facteur humain. Face à l'efficacité grandissante du secteur privé dans des domaines médicaux ciblés, ces méthodes permettent de mieux servir les objectifs sociétaux de l'hôpital public, à savoir une meilleure prise en charge du patient en lui proposant, avec les ressources existantes, l'accès le plus égalitaire possible à des soins d'une qualité maximale.

Toutefois, l'expansion de ces outils de mesure - traditionnellement associés à l'entreprise privée capitaliste (tableaux de bords, approche logistique du traitement) - dans le secteur public hospitalier est la source de nombreuses interrogations pour les responsables hospitaliers : ces outils issus du management *mainstream* peuvent-ils tenir compte des exigences du secteur en termes d'éthique et d'exécution des politiques publiques ? Dans le cas précis des hôpitaux, ce type d'outils permet-il d'accroître la qualité des soins et l'égal accès de tous au système de santé ?

Ce mémoire envisage également la question de la concurrence : dans un souci de transparence, la comparaison entre les performances des établissements peut-elle nuire aux objectifs sociaux et médicaux des hôpitaux ? Il envisage aussi l'éventualité d'une déshumanisation du processus de soins à travers l'extension du souci de performance.

Avant-propos rédigé par Hervé Merlin et Laura Chartain

Foreword: Why publishing this research essay?

This research paper was not, initially, alternative management-oriented. The questions it answers are: “How can we measure the performance of French public hospitals? What are the issues raised by the spreading of performance measurement in this particular field of the economic system?”

However, its reading through the prism of alternative management raised various interesting questions and thinking tracks, and we decided it was worth being published on our website.

In the first place, this research paper explores alternative options to the traditional balanced score-card method. The multidimensional approach is one of them, which allows the measurement of the fulfilment of the multiple and equally urging goals of French hospitals. This approach tends not to consider efficiency only from the financial point of view, and can comprehend various co-existing objectives. The Danish “process driven” approach is another very interesting way to think of performance. Such alternative models can be worthy to other type of organisations.

We also think that the following paper is an interesting “backwards” contribution to alternative management: in the case of French public hospitals, the use of rational processes adapted from the mainstream management is, surprisingly, a good way to take into account the human factor. At a time when private clinics are adquiring a strong advantage in certain fields of the medical landscape, these measurement tools help public hospitals fulfil their complementary missions i.e. giving the best possible treatment, with the existing resources, to the widest range of patients.

Nonetheless, the spreading of these measurement tools – customarily associated with private capitalistic companies such as the balance score-card, the supply chain approach – raised numerous questions in hospital managers’ minds: can these mainstream management methods deal with the need for ethics? Are they adapted to the complexity of public policies? Don’t they have potential drawbacks and, if so, how can they be avoided?

At last, the measurement of performance potentially leads way to transparency and, thus, competition. Can this competition go against the social mission of public hospitals? Can it push hospital managers to cut down on medical quality, and, in the end, forget about the human factor?

Foreword written by Hervé Merlin and Laura Chartain

Mesurer la performance des hôpitaux publics en France.

Fondements méthodologiques, proposition d'un modèle d'évaluation, enjeux.

Résumé : Confrontés à une exigence toujours croissante de transparence, à la nécessité de rendre des comptes quant à l'accomplissement de leurs missions de service public, au devoir d'optimiser l'utilisation de leurs ressources, les hôpitaux français ressentent le besoin de mesurer leur performance. Le présent travail de recherche a eu pour vocation - en tenant compte de l'état de la recherche, du cadre législatif et réglementaires et des avancées déjà opérées sur le sujet -de proposer un modèle de mesure de la performance multidimensionnel, adapté aux spécificités de l'hôpital public français. L'utilisation de méthodes traditionnellement privées, le surgissement de concepts managériaux nouveaux pour ce secteur, la diversité et les convergences des outils utilisés constituent autant d'évolutions dont nous avons tenté de cerner à la fois les fondements, les enjeux, ainsi que les parties prenantes et leurs intérêts.

Mots-clés : Mesure de la performance – Secteur public – Hôpitaux – Evaluation des politiques publiques – Indicateurs

---

Measuring public hospitals' performance in France.

Methodological basis, evaluation framework, meanings and perspectives

Abstract: French public hospitals have recently been dealing with a growing demand for transparency on their results. At the same time, they must adapt to a new regulatory framework that ties future resources to current efficiency, and must give detailed accounts on the fulfilment of their public missions. Consequently, public hospitals among France feel they need to measure their performance. In this research paper, we aim at proposing, given the legal context and the existing works on performance measurement, a multidimensional evaluation model adapted to the very specific needs of public hospitals. In doing so, we identify some deep evolutions which deserve a specific attention. "How are mainstream management tools adapted to the public sector?", "What is their added-value in the case of public hospitals?" or "What does their spreading mean for the public sector in terms of values?" are some of the questions tackled all along this project.

Key words : Measurement of performance – Public sector – Hospitals – Evaluation of public policies – Indicators

---

Remerciements

Un immense merci et toute notre gratitude à Luc Cousin qui a accepté de partager son expérience et dont les questionnements ont constitué pour nous de vraies pistes de réflexions, mais aussi, pour leur professionnalisme et l'originalité de leurs approches, à Judith Martin, Annick de Camars, Laure Huyneux et Jérôme Cottard.

Tous nos remerciements également à Claude Lancelot pour sa présence dans le jury de soutenance et son accompagnement tout au long de nos travaux. Merci enfin à Jean-Michel Saussois pour ses incitations à l'étonnement, à la remise en question des idées reçues, et pour la liberté d'exploration qu'il nous a accordée.



Clémence MARTY, H03255

Hervé MERLIN, H03261

Mémoire de fin d'études

Majeure Management Public, en partenariat avec ESCP-EAP

Sujet :

Mesurer la performance des hôpitaux publics en France.

Fondements méthodologiques, proposition d'un modèle d'évaluation, enjeux.

Professeur référent :

Jean-Michel Saussois

Année :

2007

II. Résumé (Français)

Dans un contexte de contractualisation croissante, d’une exigence de transparence à tous les niveaux du service public français, émerge le besoin croissant de mesurer la performance des hôpitaux publics. De nombreuses agences, des cabinets de conseil, des groupes de travail au sein du milieu hospitalier commencent à s’emparer du sujet.

Le présent mémoire propose premièrement un état de la recherche théorique sur le sujet, principalement constituée par le modèle balanced scorecard et ses déclinaisons. Suite à l’analyse des avancées sur la mesure de la performance en France, à l’étranger, dans le milieu des grandes institutions nationales et internationales mais aussi des premiers travaux menés sur le terrain, nous proposerons un modèle de mesure de la performance. Il s’appuie sur la méthodologie PSV (Public Service Value) développée au niveau mondial par Accenture.

Pour asseoir et approfondir notre propos, nous avons fait plusieurs rencontres avec des personnalités engagées sur le thème de la performance, qu’ils soient consultants du département secteur public d’Accenture, professionnels du secteur public hospitalier ou membres d’agences spécialisées (GMSIH).

Nos premières conclusions sont d’ordre méthodologique : caractère au maximum opérationnel, importance d’objectifs cibles, implication des différents acteurs, approche multidimensionnelle de la performance, utilisation d’indicateurs de types différents pour rendre compte de la complexité de l’activité hospitalière sont autant de règles à suivre. Nous distinguons par ailleurs la « mesure de la performance », qui inclut l’accomplissement de grandes missions de service public, de la seule notion de « tableau de bord ». Nous soulignons aussi le grand paradoxe du *buzz* autour de la notion de performance hospitalière : les soins, cœur de métier des hôpitaux, échappent souvent à l’évaluation objective.

Nous montrons par ailleurs combien le développement de l’évaluation de la performance est porteur d’enjeux pour le management public : apparition de fonctions de contrôle, coût en termes de nouveaux outils et luttes autour de la définition des critères d’évaluation sont autant d’évolutions prévisibles ou en cours au sein du monde hospitalier. L’approche multidimensionnelle de la performance s’avère aussi riche d’enseignements pour le secteur privé.

Surtout, au travers de notre réflexion, nous avons été amenés à nous interroger sur la signification de l'appétence généralisée pour ce type de modèles. Qui y a intérêt ? Nous étudions en particulier la possibilité du développement dans la sphère hospitalière d'un culte de la performance.

III. Abstract (English)

The current trend to foster accountability to citizens and governments has created among French public hospitals an urging need for the measurement of performance. Independent agencies, consulting firms and professionals from inside the health system have recently started thinking and working on the subject.

The following research paper focuses first on a benchmark of the current state of theoretical research on hospitals' performance, mainly focused on the balanced scorecard methodology and its adaptations to the public sector. Practical experiences will be important sources too, as well as publications from international and national organisations. We created a model aiming at giving a comprehensive vision of the performance of a public hospital, on the basis of the PSV (Public Service Value) methodology developed by Accenture.

This work also takes material from the experience shared by the contacts we interviewed, whether they be professionals within the health system, consultants from the government department at Accenture, or members of agencies working on hospitals' performance and its measuring (GMSIH).

Our first conclusions are methodological: performance measurement models should be practical; indicators should be compared to predefined and evolving targets and should be using a broad range of data sorts to give account of the complexity of hospitals' activities; the participation of a maximum of actors should be looked for. In this paper, we take some distance from the notion of "scorecard", underlining that of "dashboard", which conveys in addition to figured performance the good reaching of long term goals. We also emphasize the paradox inherent to performance in hospitals: medical acts, which are the core business of a hospital, are still a touchy field in terms of objective performance evaluation.

Our goal has then been to give some hints of the lessons to learn for public management: the probable development of new cost control functions, the growing cost of

information and the struggles between hospitals and the government to define performance criteria are some of the themes tackled. The other way around, a multidimensional approach of performance can be thought useful in the future for private companies.

It should at last be pointed out that French hospitals, citizens and government seem to indulge in a cult of performance. The questions of the meaning of such a fascination for performance, and that of those who will benefit from it, have been among our concerns.

IV. Introduction

La performance hospitalière est aujourd'hui une notion à la mode : l'Etat et le contribuable y voient le moyen de rentabiliser les dépenses de santé, les usagers l'occasion d'exercer leur pouvoir de consommateur et donc de choix dans un domaine qu'ils considèrent comme primordial. Mais entre d'une part la demande de transparence de la part des usagers, et d'autre part l'impératif d'économie imposé par l'autorité étatique, que signifie cette notion de performance pour les hôpitaux publics français ? Comment la comprennent-ils ? Voient-ils cet impératif de performance comme une menace, profilant celle déjà naissante de la concurrence entre secteur public et secteur privé, ou y voient-ils une réelle opportunité d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers et à l'Etat ? Qui a intérêt à cette diffusion de l'« idéologie de la performance », et que signifie cette tendance pour l'avenir de l'hôpital public français, et plus généralement le management public en France ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons centré notre analyse sur les modèles d'évaluation de la performance, leur méthodologie, leurs limites et leur implications. Nous avons ainsi examiné les modèles déjà existant dans la sphère hospitalière, en France comme à l'étranger. De la théorie à la mise en place, nous avons tenté d'explorer l'état d'avancement de l'évaluation de la performance dans les hôpitaux publics. Enfin, nous avons nous-même élaboré un modèle d'évaluation de la performance des hôpitaux publics en partenariat avec Accenture, expérience à la suite de laquelle nous avons été mieux à même de cerner certaines grandes problématiques inhérentes à l'évaluation de la performance hospitalière.

A. Les termes du sujet

1. L'évolution de la notion de performance hospitalière : l'émergence d' un concept.

Avant de rentrer dans le détail des modèles d'évaluation de la performance, il convient de s'interroger sur la notion de performance. Ce concept est en effet un construit, le fruit d'une histoire et de nombreux rapports de force. Pour comprendre l'émergence du concept de performance appliqué aux hôpitaux publics, il convient de distinguer deux niveaux, le niveau national et le niveau international.

Les organisations internationales, et notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se sont emparées assez tôt du sujet de la performance des établissements de santé. En effet, elles ont trouvé là l'occasion d'élaborer des cadres de comparaison et d'évaluation de systèmes nationaux culturellement et historiquement différents. Leur définition de la performance présente donc un intérêt à la fois méthodologique et normatif : elle doit permettre à chaque système de santé de se reconnaître, tout en leur imposant des orientations communes.

A cet égard, la définition retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé est tout à fait intéressante et révélatrice de ces deux dimensions :

"Performance is the achievement of desired goals. High hospital performance should be based on professional competences in application of present knowledge, available technologies and resources; efficiency in the use of resources; minimal risk to the patient; satisfaction of the patient; health outcomes. Within the health care environment, high hospital performance should further address the responsiveness to community needs and demands, the integration of services in the overall delivery system, and commitment to health promotion. High hospital performance should be assessed in relation to the availability of hospitals' services to all patients irrespective of physical, cultural, social, demographic and economic barriers".[1]

L'utilisation du verbe "should" montre bien le caractère normatif d'une telle définition : l'élaboration du concept de performance résulte d'une vision macroéconomique des enjeux de santé, et est l'occasion pour des organisations surplombantes de donner aux établissements de santé une direction idéologique.

Au niveau national, les premiers modèles d'évaluation de la performance sont apparus très tôt dans les pays anglo-saxons. Au Royaume-Uni, Florence Nightingale a ainsi établi dès 1859 les premiers tableaux de performance hospitalière[2]. Dès 1912 , les Etats Unis avaient

---

[1] World Health Organisation, Regional Office for Europe, *Measuring hospitals performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions, Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10-11 January 2003*, 2003, p8.

[2] Tim Kesley, « Améliorer la qualité des soins » in *L'observateur de l'OCDE*, N°229, Royaume Uni, Novembre 2001, p1.

quant à eux compris la nécessité de l'évaluation dans le secteur de la santé et plus particulièrement dans celui des établissements de santé, comme le montre cet extrait de la résolution prise lors du 3e Congrès de la Société Américaine de Chirurgie : « Un système d'évaluation des équipements et de l'activité hospitalière devrait être développé afin que les institutions ayant les standards les plus élevés soient reconnues par la profession et que celles ayant les moins bons équipements et les moins bon professionnels soient incités à améliorer la qualité de leurs activités. Ainsi les patients recevront le meilleur traitement et la population aura des moyens pour identifier les meilleures institutions et les meilleurs professionnels. »[3]

L'apparition d'une telle notion en France s'est faite beaucoup plus tardivement. Comme nous l'a expliqué Laure Huyneux, chargée de projet au GMSIH (Groupement pour la modernisation des systèmes informatiques hospitaliers), la définition de la performance en milieu hospitalier est restée longtemps tributaire du point de vue des différents acteurs au sein de l'hôpital public français. La notion de performance hospitalière a ainsi été débattue sous des angles divers : les médecins comprenaient la performance comme la qualité des soins, tandis que dans une optique de santé publique, d'autres acteurs considéraient qu'être performant pour un établissement de santé signifiait répondre à tous les besoins d'une population.

Cette diversité de points de vue sur la performance s'explique essentiellement par la sociologie des hôpitaux. Le rapport Couanau, établi entre novembre 2002 et mars 2003 à la demande du Bureau de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, souligne ainsi la prégnance des logiques corporatistes au sein des établissements de santé, qui sont devenus des « hôpitaux forteresses »[4]. « Une des personnalités entendues par la mission a utilisé pour décrire l'hôpital la métaphore de la « forteresse », à la fois solide et protectrice, mais dont les occupants, qui devraient œuvrer ensemble pour réaliser des objectifs communs, se réfugient de plus en plus dans des « bastions » ou des « tours d'ivoire » »[5]. Il existe donc des rapports de force différenciés au sein des hôpitaux publics, entre une filière administrative représentant l'Etat d'un côté, de l'autre une filiale médicale qui se coopte, et entre les deux

---

[3] Collectif sous la direction de Pierre Anhoury et Gérard Viens, *Gérer la qualité et les risques à l'hôpital*, Paris, ESF Editeurs, 1994, p22.

[4] Rapport de M. René Couanau, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 19 mars 2003.

[5] Rapport de M. René Couanau, op.cit.

une filiale soignante qui est officiellement rattachée à la filière administrative, mais qui travaille au jour le jour avec les médecins.

Ces différents corps qui coexistent au sein de l'hôpital public sont à l'origine de nombreux jeux de pouvoir/contre-pouvoir. L'hôpital est en effet une organisation, et à ce titre les différents acteurs y déploient des stratégies de pouvoir, comme l'expliquaient Michel Crozier et Erhard Friedberg dans *L'acteur et le système* : « L'organisation rend possible le développement des relations de pouvoir et en fonde la permanence » [6]. Dans le cadre de ces jeux de contre-pouvoir dans l'organisation, la définition des objectifs de l'hôpital et donc de sa performance ont constitué un enjeu de taille, puisque imposer sa définition permettait aux différents acteurs d'acquérir du pouvoir. La nécessité d'élaborer une vision de la performance n'était à ce titre pas seulement vécue comme une contrainte, mais comme une occasion de déployer des stratégies corporatistes de prise de pouvoir dans l'organisation. Il en a résulté une absence de stratégie commune et donc la difficulté à élaborer un concept général de performance.

La mise en place de nombreuses réformes des établissements publics ces dernières années, notamment dans le domaine hospitalier, a amorcé un changement de taille dans la façon d'aborder le concept de performance des hôpitaux publics en France, comme nous l'a expliqué Laure Huyneux lors de notre entretien. La réforme de la Tarification à l'activité, celle de la gouvernance des hôpitaux, la mise en place du Schéma Régional de l'Organisation de Santé et de l'accréditation à l'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ont favorisé l'émergence d'une notion consensuelle et unifiée de la performance. Parallèlement la Loi organique relative aux lois de finance de 2001 a elle aussi amorcé une révolution des logiques organisationnelles.

Suite à la réforme de la Tarification à l'activité, les établissements de santé doivent ainsi répondre aux besoins en santé de la population tout en assurant la meilleure qualité possible des soins avec le maximum d'efficacité opérationnelle.

Cette définition multidimensionnelle de la performance a permis d'établir un consensus au sein des hôpitaux, en intégrant les différentes acceptions du terme. Une notion

[6] Michel Crozier, *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective* , Paris, Editions du Seuil, 1977, p78.

unifiée est donc apparue, qui a permis de relancer le débat sur la mise en place des systèmes d'évaluation de la performance des hôpitaux publics.

Parallèlement, la nécessité pratique de mettre en place des systèmes d'évaluation de la performance des hôpitaux publics s'est faite de plus en plus pressante. D'une part la promulgation de la LOLF a mis à jour les exigences d'un citoyen qui veut toujours plus de transparence, en même temps qu'elle a rendu nécessaire l'émergence d'une cohérence entre les systèmes d'évaluation de l'utilisation des deniers publics. Si l'action gouvernementale doit ainsi se décliner en objectifs, programmes et indicateurs, comme l'exige la LOLF, les établissements de santé publics doivent aux aussi suivre ce mouvement.

D'autre part, la logique de contractualisation assise par l'ensemble des réformes du système hospitalier public, et notamment l'apparition de contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements et les Agences Régionales d'Hospitalisation[7], rend nécessaire la fédération des différentes logiques d'acteurs autour d'un tableau de bord global. En effet, ces contrats engagent l'hôpital dans ses orientations stratégiques à moyen terme et présupposent donc l'existence d'une implication et d'un consensus au sein même de l'hôpital sur les objectifs organisationnels de celui-ci. On peut ainsi lire dans *L'hôpital de A à Z* : « la procédure d'élaboration de ce contrat externe implique l'ensemble du personnel hospitalier. Le travail de sélection des projets et leur hiérarchisation impose une cohésion forte des différents personnels. »[8]

Face à cette demande croissante, qui repose sur un concept de la performance autour duquel se dessine aujourd'hui un consensus, un travail d'étude sur l'élaboration et la mise en place de ces modèles d'évaluation de la performance des hôpitaux publics nous a donc semblé opportun.

2. Définition de base de la performance des hôpitaux publics.

La recherche de définitions de la performance dans des dictionnaires débouche sur des notions très vagues : ce concept résolument moderne est souvent rapproché de mots tels que « succès », « rendement », « bon résultat ». On voit donc que la performance ne vaut que par

[7] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

[8] Collectif sous la direction de Louis Rolland, *L'hôpital de A à Z*, Paris, Fédération hospitalière de France, 2004, p49.

rapport à l'objectif auquel elle est rapportée : c'est un concept relatif et non pas absolu. La performance n'est pas une forme, elle ne vaut que par rapport à son contenu.

Si l'on veut donc retenir une première définition de la performance des hôpitaux publics, il nous faut d'emblée définir les objectifs des hôpitaux publics, au moins dans leurs grandes lignes.

Pour rester fidèle au caractère pluridimensionnel du concept de performance tel qu'il a émergé en France, il semble important dans un premier temps de retenir une définition de la performance qui ne se limite pas à la seule performance financière. A ce titre la définition qui apparaît dans la réforme de la Tarification à l'Activité énoncée plus haut semble à la fois la plus simple et la plus complète. Elle rejoint d'ailleurs la description des « objectifs organisationnels » de l'hôpital public tels que Jean de Kervasdoué les décrit dans *L'hôpital* : « soigner tous les malades, avec la plus grande humanité, au meilleur prix, en leur offrant la meilleure qualité des soins, compte tenu des connaissances médicales du moment »[9].

3. Modèle : cadre méthodologique ou volonté normative ?

A travers ce premier essai de définition, on s'aperçoit vite de l'enjeu qui sous-tend la construction d'un tel concept : puisque définir la performance d'un hôpital public nécessite de préciser ses objectifs organisationnels, on comprend que la dimension normative est très présente dans les modèles d'évaluation. Comment dès lors différencier le simple cadre méthodologique de la volonté normative ?

Dans le cas des entreprises privées, on considère en effet habituellement la performance relativement à la création de valeur pour les actionnaires : des ratios financiers, la valeur de l'action sont considérés comme les signes extérieurs de la plus ou moins grande performance d'une entreprise. Dans le cas des hôpitaux publics, les objectifs et missions sont multiples et font nécessairement l'objet de choix : l'hôpital doit-il soigner un maximum de personnes au moindre coût ? Doit-il utiliser son budget de façon à soigner au mieux un nombre défini de personnes ? Ces choix peuvent aussi dépendre de la taille de l'hôpital considéré, de son degré de spécialisation et de son caractère universitaire ou non. L'hôpital ne

---

[9] Jean de Kervasdoué, *L'hôpital* , Paris, Presses Universitaires de France, 2004, p25.

crée pas de valeur uniquement financière, il soigne. Dès lors, l'élaboration d'un cadre méthodologique pour évaluer la performance résulte nécessairement d'un processus de choix.

Nous essaierons de garder en tête cette dimension au fil de notre travail, afin de bien comprendre sur quelle vision de l'hôpital comme prestataire de soins et comme organisation les différents modèles reposent.

4. La performance selon qui ?

Il est important de préciser dès le début de ce travail de recherche le point de vue depuis lequel nous nous plaçons pour évaluer la performance. Nous aurons l'occasion de revenir par la suite sur les implications de ce choix. La définition de la performance que nous avons retenue par la suite, et donc le modèle qui en découle, ne se réclame pas de la vision d'un directeur d'hôpital. Nous avons pensé que les tableaux de bords intra-hospitaliers sont relativement développés aujourd'hui et que des références existent déjà quant aux indicateurs qu'il est possible de retenir pour piloter un établissement hospitalier. En revanche, l'évaluation des hôpitaux par un œil extérieur (les patients et/ou l'Etat), dans un pays comme la France, reste limitée. Ceci s'explique par la forte indépendance, en France, du corps médical, qui rend difficile la remontée et la sortie d'informations, mais aussi par la faiblesse des associations de patients qui, bien qu'en plein essor, n'en sont encore en France qu'au début de leur histoire. C'est ce domaine moins exploré qui nous intéresse ; si nos propositions garderont en tête de rester « lisibles » pour les hôpitaux, elles n'auront pas en revanche pour objectif de répondre uniquement à un besoin de pilotage. Le modèle PSV (Public Service value) développé par Accenture, qui a servi de base à nos travaux, va d'ailleurs dans le sens d'une évaluation multidimensionnelle de la performance, qui tient compte du bon accomplissement des missions de service public. Nous ne manquerons pas de nous intéresser aux conséquences de l'éventuel développement de tels modèles d'évaluation externes.

B. Choix méthodologiques et terrain d'étude

1. Les hôpitaux publics

Le paysage des établissements de soins en France est très varié. Il fait en effet cohabiter des établissements de trois types dont les statuts juridiques combinent des modes d'organisation et de financement très différents : les établissements publics (1 010 entités

juridiques), les établissements privés non lucratifs (902 établissements) et les établissements privés lucratifs (1 164 établissements)[10]. Tandis que les établissements publics relèvent du droit public[11], les établissements de santé privés sont soumis au droit civil et au droit des sociétés.

Nous avons choisi de limiter notre étude aux seuls hôpitaux publics, Il nous a en effet semblé que du fait du cadre juridique qui les oblige, les contraintes et objectifs des hôpitaux publics étaient totalement spécifiques et obéissaient à des logiques propres. L'existence de la notion de service public hospitalier et la dimension sociale de l'hôpital public français sont de plus certainement ce qui rend la conception de modèles d'évaluation de la performance ardue mais aussi intéressante : comment faire entrer dans l'évaluation ces dimensions sociales, par nature souvent qualitatives et difficilement chiffrables ? Dans quelle mesure la tradition sociale de l'hôpital public français est-elle un obstacle ou un frein à l'élaboration de ces modèles ? Inversement, la nécessité de plus en plus pressante de mettre en place ces modèles ne va-t-elle pas de pair avec la fin des missions sociales de l'hôpital ?

D'autre part, nous nous sommes centrés sur les activités MCO, par opposition aux Soins de suite et rééducation (SSR) et à la psychiatrie, dont les critères d'évaluation seraient différents de ceux utilisés dans un cadre de médecine plus aiguë.

2. L'absence de terrain unique compensée par des entretiens dans de multiples organisations

Une des principales difficultés rencontrée dans ce travail fut de trouver un terrain d'application de notre modèle théorique. Pour pallier ce manque, comme nous ne souhaitions pas nous cantonner à une conception abstraite et théorique, mais plutôt créer un modèle qu'il soit possible d'alimenter en données, nous avons choisi de multiplier les entretiens avec des membres de différents établissements et organismes. Nous avons ainsi rencontré l'ancien directeur de l'hôpital Beaujon, hôpital membre de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, avant qu'il ne rejoigne le siège de l'AP-HP, ce qui nous a permis de mieux comprendre

---

[10] Collectif sous la direction de Louis Rolland, *L'hôpital de A à Z*, Paris, Fédération hospitalière de France, 2004, p.25.

[11] Les institutions hospitalières publiques ont la qualité d'établissements publics depuis la loi du 31 décembre 1941. Cette solution juridique a été confirmée par les lois ultérieures, et récemment par la loi du 31 juillet 1991, qui dispose que « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière » (article L.6141-1 du code de la santé publique).

les enjeux concrets de la mise en place de tels systèmes pour de grands établissements hospitaliers. Il nous a semblé également opportun de rencontrer des membres de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) moteurs dans le processus de mise en place de tableau de bord et de modèles d'évaluation de la performance : nous avons ainsi réalisé trois entretiens, l'un avec Judith Martin, Directrice de projet pilotage et nouveau système d'information, le second avec Annick de Camars, Responsable de la mission performance médicale, et le troisième avec Marie Mancini (Direction des finances AP-HP). Ces trois entrevues nous ont permis non seulement d'affiner notre propre modèle élaboré avec Accenture mais aussi de comprendre l'état d'avancement de l'AP-HP sur ces questions ainsi que leurs choix méthodologiques.

Nous avons par la suite rencontré Laure Huyneux, chargée de projet au Groupement pour la modernisation des systèmes informatiques hospitaliers (GMSIH), qui nous a largement éclairés sur les difficultés rencontrées dans la démarche de généralisation de l'évaluation de la performance, les enjeux financiers en terme d'équipements en système d'information, et plus généralement l'état d'avancement de la mis en place de modèles d'évaluation de la performance dans les établissements publics autres que ceux de l'AP-HP.

Enfin, la rencontre avec Jérôme Cottard, Directeur de l'Information Médicale du CCX (Centre chirurgical X, en région parisienne) nous a éclairés sur les objectifs poursuivis par les hôpitaux de tailles plus modestes, hors du réseau de l'AP-HP et de ses spécificités, qui ne sont pas les mêmes que ceux des grands hôpitaux universitaires ; ce fut aussi l'occasion de faire un point sur l'état d'avancement de la systématisation de la qualité médicale.

C. Une expérience de pensée

1. Un champ de recherche encore vierge

L'intérêt du sujet choisi réside aussi dans le caractère encore relativement vierge de ce champ de recherche. La quête de sources purement théoriques concernant la mesure de la performance dans les hôpitaux publics n'a permis d'obtenir qu'un nombre limité de travaux, s'attaquant pour la plupart au problème depuis un point de vue qui en limitait le spectre d'analyse, ou au contraire trop vaste pour constituer une source de référence. Ce fut le cas par exemple des nombreux ouvrages traitant des modèles d'analyse de la performance en général ; d'un intérêt majeur pour notre sujet, puisqu'ils constituent une source méthodologique importante, nous les traiterons par la suite en détail, mais il est intéressant de

remarquer que leur adaptation au cas d'un hôpital, a fortiori public, ne fait que peu l'objet d'ouvrages théoriques conséquents. Inversement, certains ouvrages traitent de l'optimisation des investissements matériels (informatiques et médicaux), ou bien s'attachent à la maximisation d'un indicateur de qualité médicale particulier, à savoir des points de détail assimilables à des indicateurs particuliers de performance. Même dans ces cas précis, les auteurs considéraient leur discipline comme novatrice et encore à ses exaltants balbutiements, comme ici dans un chapitre consacré à l'émergence d'un nouvel espace intellectuel : « At the intersection of business disciplines and medical sciences emerges Management of Medical Technology as an intellectual space in which discipline from these two areas come together[12] ».

Ainsi, il est rapidement apparu qu'au niveau théorique, les sources obtenues nous permettaient soit d'appréhender la performance en général, soit des indicateurs très précis de cette performance, mais rarement une vision globale et synthétique de la performance des établissements hospitaliers publics n'était proposée. La littérature émanant des textes juridiques ou émise par les organisations internationales a cependant constitué une aide précieuse : elle sera détaillée par la suite.

La mise en place de ce type de modèles ou de tableaux de bord étant en revanche en cours dans les établissements à l'heure de la rédaction de ce mémoire, souvent encore en phase de test[13], les chercheurs n'ont sans doute pas encore le recul suffisant. Nous avons donc orienté nos recherches vers les professionnels du secteur qui effectuaient des démarches en vue de mettre en place un système de mesure de la performance, et vers l'ensemble des outils méthodologiques développés en amont par divers organismes de références. Le foisonnement de ces projets a constitué une source documentaire d'importance. Nous avons donc eu toute liberté dans l'analyse des significations et enjeux de cette évolution du management hospitalier, une liberté que nous avons exploitée dans les deux dernières parties de ce mémoire.

---

[12] Eliezer Geisler, Ori Heller, *Management of Medical Technology*, Boston/Dordrecht/London, Kluwer Academic publishers, 1998, p41

[13] Le GMSIH, établissement en pointe en France sur notre sujet, écrit en introduction de son *Kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé* : « Cette étude « Kit de base des tableaux de bord » constitue le premier volet des travaux portant sur le pilotage de la performance dans les établissements de santé. »

2. L'adaptation dans la sphère de la santé publique d'un formalisme jusqu'à présent développé dans les entreprises privées

L'autre intérêt intellectuel de notre travail résidait dans le choix des modalités d'adaptation d'un modèle de performance traditionnellement développé dans le privé à la situation d'un hôpital public. Ceci impliquait tout d'abord de prendre en compte la plus grande complexité en termes d'objectifs qui caractérise une organisation à la fois publique, à la recherche de résultats en termes de santé, devant par ailleurs conserver une vocation sociale ou un ancrage territorial spécifique. Sheila Leatherman rend ainsi compte de cette complexité : là où les objectifs d'une entreprise convergent traditionnellement vers la recherche d'un profit maximal, la multiplicité des objectifs parallèles d'un hôpital public rend l'évaluation de la performance beaucoup plus complexe. Insistant elle aussi sur la rareté des sources évoquée plus haut, elle écrit :

« Un consensus se dessine au sujet des principaux domaines sur lesquels doit porter la mesure des performances : l'efficacité, l'efficience, la capacité d'adaptation et l'équité. Mais une fois défini l'objet de cet exercice, comment faire pour qu'il permette effectivement d'améliorer la qualité ? Les méthodes qui peuvent être employées à cette fin sont légion, mais les données disponibles auxquelles se référer pour en choisir une sont en revanche peu abondantes. Des facteurs tels que les valeurs fondamentales et les modes de financement et d'organisation entrent en jeu. La méthode à retenir dépendra aussi de quel acteur on souhaite modifier le comportement : les prestataires, les organismes professionnels, les usagers ou les gestionnaires[14]. »

Là où les objectifs d'une entreprise convergent traditionnellement vers la recherche d'un profit maximal, la multiplicité des objectifs parallèles d'un hôpital public rend l'évaluation de la performance beaucoup plus complexe.

---

14 Sheila Leatherman, « Être à la hauteur : Comment évaluer les soins de santé ? » in *L'observateur OCDE*, novembre 2001, p18. Sheila Leatherman est Présidente du Center for Health Care Policy and Evaluation de Minneapolis.

D. L'absence d'un véritable marché évaluateur justifie l'existence de modèles de mesure de la performance

En théorie, le marché des établissements de santé en France comprend différents offrants : cliniques privées, hôpitaux publics différant par leur taille, leur localisation, leurs spécialités, par les prestations qu'ils proposent et les tarifs qui y sont pratiqués.

1. Une concurrence limitée

Néanmoins, il faut noter que la concurrence sur le marché hospitalier est fortement limitée, du fait du caractère restreint de la capacité de choix du patient entre deux établissements. Ceci s'explique tout d'abord par le caractère prescripteur du médecin dont l'ordonnance inclut en général le nom d'un spécialiste, spécialiste lui-même rattaché à un établissement. Un autre élément restrictif de la capacité de choix entre plusieurs établissements réside dans la notion de « bassin de santé » : pour le traitement de sa pathologie, un patient va s'adresser en priorité aux établissements les plus proches. Si l'on croise cette contingence géographique avec le nombre limité de spécialités médicales par établissement, il apparaît que les possibilités de choix au sein d'un bassin de santé sont limitées. Enfin, le bornage des choix du patient n'est pas seulement géographique ou lié aux caractéristiques de l'acte de choix d'un établissement, il a aussi trait aux inégalités sociales. Les possibilités de s'adresser à un établissement éloigné de son bassin de santé sont aussi liées à l'assise financière du patient. Ceci est d'autant plus vrai que les urgences sont la porte d'entrée d'un établissement hospitalier pour la plupart des patients en situation précaires, et qu'une fois ce seuil franchi, le parcours médical est pris en charge et n'est plus fonction des décisions individuelles des patients.

2. Un marché faussé

Le marché en lui-même est par ailleurs faussé par l'asymétrie d'information qui le caractérise, au détriment du patient. C'est cette asymétrie qui conditionne d'ailleurs sans doute le succès des diverses enquêtes journalistiques destinées à classer les hôpitaux entre eux. La rhétorique journalistique employée est révélatrice de l'inquiétude larvée qu'elle cherche à titiller. L'Express introduisait par exemple son récent dossier sur « le classement des hôpitaux les plus sûrs » dans les termes suivants : « Il y a d'abord eu le scandale de la Clinique du Sport, puis l'affaire Guillaume Depardieu. Depuis, les Français ont découvert les maladies nosocomiales. Chaque année, plus de 750 000 personnes sont touchées, 4000 en

meurent. (…) C'est dire l'importance du classement que publie l'Express cette semaine[15]. » Il est amusant – ou inquiétant – de remarquer que les seules sources d'informations du « consommateur de soins » résident dans ce type d'enquête souvent approximatives en termes de méthodologie employée, et unanimement critiquées par les divers interlocuteurs que nous avons pu avoir dans le cadre de nos recherches. Dans le meilleur des cas, ces enquêtes reprennent à leur compte certains indicateurs de sécurité calculés au niveau national comme ceux décrits plus loin dans ce rapport (ICALIN, par exemple, dans le cas de l'enquête de l'Express sus-citée) qui, par le caractère restrictif de leur spectre d'analyse, ne constituent pas une référence de la qualité globale des prestations d'un établissement.

3. Répondre à l'asymétrie d'information en défaveur du patient : quel impact sur la concurrence ?

Au-delà du seul impératif de rentabilisation des deniers publics, c'est donc la faible capacité de choix des patients entre plusieurs établissements, ainsi que l'absence de référent fiable pour guider leurs décisions qui rendent nécessaire l'existence de modèles solides et exhaustifs de mesure de la performance hospitalière.

On se retrouve alors, comme Jérôme Cottard nous l'a précisé, face à un paradoxe : à l'heure où l'Etat cherche au maximum à limiter la concurrence en sein d'un bassin de santé en développant la coopération entre établissements, se développent en parallèle sous la pression jointe de l'Etat et des consommateurs de soin un désir d'évaluation des performances des établissements. Il s'agit là de deux logiques contraires : une logique de spécialisation des établissements (chacun devenant idéalement en situation de monopole sur sa spécialité dans son bassin de santé) contre une logique de comparaison qui mettrait en concurrence les établissements au sein d'un territoire.

Nous essaierons dans ce mémoire d'apporter une réponse à ce besoin d'évaluation de la performance à travers la construction d'un modèle adapté au cas d'un hôpital public. Nous en analyserons par ailleurs en dernière partie les enjeux en termes de correction des imperfections du marché, ainsi que l'impact potentiel sur l'avenir de l'hôpital public.

---

[15] Vincent Olivier et Estelle Saget, « Le classement 2007 des hôpitaux les plus sûrs » in *L'Express*, 18 janvier 2007, p.34

V. Etat de la recherche théorique

A. Les modèles de mesure de la performance

1. Le modèle balanced scorecard

Le modèle le plus répandu, qui nous a d'ailleurs été cité à plusieurs reprises lors des entretiens, est le modèle appelé balanced scorecard.

La première version de balanced scorecard a été utilisée par General Electrics dans les années 1950 pour piloter environ 150 centres de profit, et par la société Analog Devices en 1980 lors d'une évaluation de son système de management de la qualité[16]. Pour ces deux sociétés, il s'agissait de disposer d'un tableau de bord comportant un nombre restreint d'indicateurs classés selon quatre thèmes : financiers, client, processus et organisationnel. Ces indicateurs faisaient l'objet d'une pondération : 20% d'indicateurs financiers, 25% d'indicateurs clients, 35% d'indicateurs processus et 20% d'indicateurs liés à l'organisation apprenante.

Le terme « balanced scorecard » n'apparaît pourtant qu'en 1992, dans un article de Robert Kaplan et David Norton paru dans la Harvard Business Review. En 1996, les deux auteurs publient un livre sur le balanced scorecard, traduit en Français sous le titre : « Le tableau de bord prospectif, pilotage stratégique : les quatre axes du succès » .

Depuis quelques années, de nombreuses entreprises américaines mais aussi européennes ont choisi de mettre en œuvre de nouveaux systèmes de pilotage en s'appuyant sur la méthode de Kaplan et Norton.

Le balanced scorecard propose une grille de lecture très générique et standardisée et prescrit quatre axes majeurs d'analyse[17] : les résultats financiers, la satisfaction des clients, les processus internes et l'apprentissage organisationnel.

---

[16] Patrick Jaulent et Marie-Agnès Quarès, *Pilotez vos performances*, Paris, Afnor, 2006

[17] Carla Mendoza, Marie-hélène Delmond, Françoise Giraud et Hélène Löning, *Tableaux de bord et balanced scorecards*, Paris, Groupe Revue Fiduciaire, 2002, p.154.

Kaplan et Norton défendent donc une vision multidimensionnelle de la performance, ne se limitant pas aux seuls indicateurs financiers. A travers ces quatre perspectives, ils proposent non seulement de cerner la création de valeur ajoutée passée, mais aussi d'apprécier les déterminants de la performance future. Ils introduisent également la notion de liens de causalité entre ces différents éléments de la performance. Ces liens sont spécifiques à chaque organisation[18]. Il importe également de repérer les liens de causalité qui existent entre indicateurs.

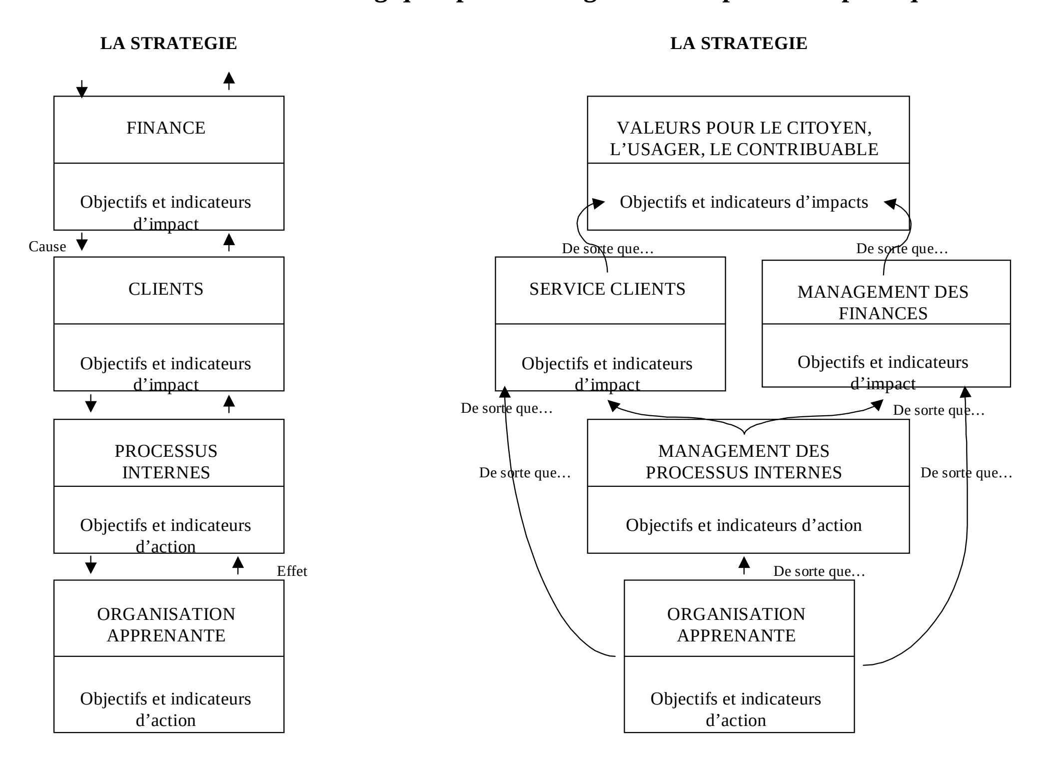
La troisième génération de balanced scorecard, née en 2000 et 2003 avec deux articles de Kaplan et Norton intitulés *The Strategy Focused Organiszation* et *Strategy Maps – Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes.* Cette nouvelle balanced scorecard est composée de deux éléments principaux :

- La carte de stratégie qui articule la stratégie en une série d'objectifs de performance liés ;
- La scorecard, composée d'indicateurs, de cibles, d'initiatives, de plans d'actions stratégiques et du budget nécessaire pour réaliser avec succès la stratégie.

Avec cette troisième génération, il est très important pour nous de noter que Kaplan et Norton proposent deux modèles génériques, l'un pour les organisations privées, l'autre pour les organisations publiques, que nous avons reproduits ci-après :

[18] Carla Mendoza, Marie-Hélène Delmond, Françoise Giraud et Hélène Löning, op.cit.

Modèles de cartes stratégiques pour les organisations privées et publiques



Il est intéressant de remarquer que le modèle s'appliquant aux organisations publiques a pour enjeu final non pas la perspective financière, comme c'est le cas dans le secteur privé, mais les « valeurs pour le citoyen, l'usager et le contribuable ». On retrouve ainsi les trois dimensions du « client » propres au secteur public : celui qui choisit, celui qui paie et celui qui consomme. Cette dernière étape, aussi appelée « finalités d'intérêt général »[19] par les auteurs, doit in fine être comparée au coût de la mise en place et du fonctionnement de l'organisme public : « l'impératif pour une administration tient en une phrase : « La valeur vaut-elle le coût ? » Celle-ci peut être exprimée par un indicateur synthétique appelé « Value For Money » (VFM) = valeur du résultat ou impact/coûts d'entrée = efficacité * efficience * économie. »[20]

---

[19] Patrick Jaulent et Marie-Agnès Quarès, op.cit.

[20] Patrick Jaulent et Marie-Agnès Quarès, op.cit.

Le modèle de balanced scorecard s'appliquant aux organisations publiques se répand de plus en plus dans le cadre de projets de modernisation des administrations (Canada, Finlande, Suède, Australie, Etats-Unis, Royaume-Uni…).[21] En France, ce modèle a par exemple été utilisé pour développer la qualité de service et améliorer « l'efficacité socio-économique » de la mission ministérielle « Gestion et Contrôle des finances publiques » dans le cadre de la Loi Organique relative aux lois de finance.

2. Les autres modèles de mesure de la performance

Si le balanced scorecard est le modèle le plus connu et le plus appliqué dans le secteur public, d'autres modèles génériques d'évaluation de la performance ont été développés.

C'est le cas par exemple du modèle Triple Impact[22]développé par Patrick Jaulent et Marie-Agnès Quarès, qui met l'accent sur une logique de résultats (outcomes par opposition à outputs), matérialisée par trois niveaux d'impact (impacts immédiat, intermédiaire et ultime). Il s'agit de déterminer un objectif ultime auquel on rattache un indicateur ultime et une cible de performance, puis on réitère l'opération au niveau de l'objectif intermédiaire, puis immédiat. Ce modèle a donc le mérite de mettre en valeur la notion de cible, qui nous le verrons est essentielle à l'établissement d'un modèle de performance opérationnel et tourné vers l'amélioration future. De plus, on peut noter que la construction d'un modèle sur trois niveaux, ultime, intermédiaire et immédiat, est particulièrement bien adaptée à la sphère publique qui a pour caractéristique de répondre à une multitude d'objectifs complexes et parfois difficilement conciliables, par opposition à la sphère privée, orientée vers la rentabilité.

B. La mesure de la performance médicale selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

1. Un modèle tourné vers la comparaison internationale

Tout d'abord, l'Organisation Mondiale de la Santé, avant de s'intéresser à la performance des hôpitaux, a pour sujet d'étude premier la performance des systèmes de santé dans leur ensemble. Elle se situe donc d'emblée dans une vision macroéconomique de la

[21] Patrick Jaulent et Marie-Agnès Quarès, op.cit.

[22] Patrick Jaulent et Marie-Agnès Quarès, op.cit.

performance. Le préambule du rapport annuel de 2000 de l'OMS débute donc ainsi : « What makes for a good health system ? What makes a health system fair ? And do we know whether a health system is performing as well as it could?"[23]

Dans ce cadre, l'OMS considère la mesure de la performance des hôpitaux comme essentielle : « Measurement is central to the concept of quality improvement; it provides a means to define what hospitals actually do, and to compare that with the original targets in order to identify opportunities for improvement. »[24]

L'OMS distingue 4 façons de mesurer la performance des hôpitaux :

- L'inspection ou audit des hôpitaux, qui mesure le respect des normes minimales de sécurité des patients et du personnel ;
- Les enquêtes ou sondages, qui se concentrent en général sur ce qui a de la valeur aux yeux des patients et du grand public ;
- Les « third party assessements », ou accréditations par un tiers : il peut s'agir de standards comme les standards ISO, ou de programmes d'accréditation comme la certification V2 en France par exemple ;
- Les indicateurs statistiques.

Il est intéressant de noter que seul le quatrième point peut être comparé aux modèles de mesure de la performance tels que nous les avons vus précédemment, définis en fonction d'une stratégie propre pour une entité spécifique. Les autres méthodes de mesure de la performance exposées par l'Organisation Mondiale de la santé sont purement « externes », parce qu'elles se réfèrent à l'accréditation d'un tiers, que ce tiers soit des clients ou des organismes de contrôle.

---

[23] World Health Organization, *The World Health Report 2000, Health Systems, improving performance*, 2000, p.7.

[24] C. Shaw (World Health Organization, Regional Office for Europe, HEN=Health evidence network), *How can hospital performance be measured and monitored ?*, Copenhague, 2003.

Selon l'OMS, les modèles d'évaluation de la performance doivent de plus faire partie d'un plan régional ou national, ce qui signifie une cadre générique pour l'ensemble des établissements d'un même territoire.

L'OMS, du fait de son statut d'organisation internationale, privilégie donc les modèles génériques, plus propres aux comparaisons nationales et internationales. Le même phénomène se retrouve d'ailleurs en France, où les organisations surplombantes voient dans la mesure de la performance l'occasion d'établir un contrôle et plus encore de comparer les différents établissements qui sont sous leur tutelle. Comme nous l'a indiqué Laure Huyneux, chef de projet au GMSIH, lors de notre entretien, les tutelles des hôpitaux publics français, à savoir les Agences Régionales Hospitalières mais aussi le ministère de la santé ou les Directions Régionales de l'action sanitaire et sociale, ont une appétence forte pour les comparaisons. A contrario, il est souvent plus intéressant, constructif et mobilisateur pour les établissements d'adopter des stratégies définies en interne, en fonction des spécificités propres de leur établissement.

2. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé : le projet PATH

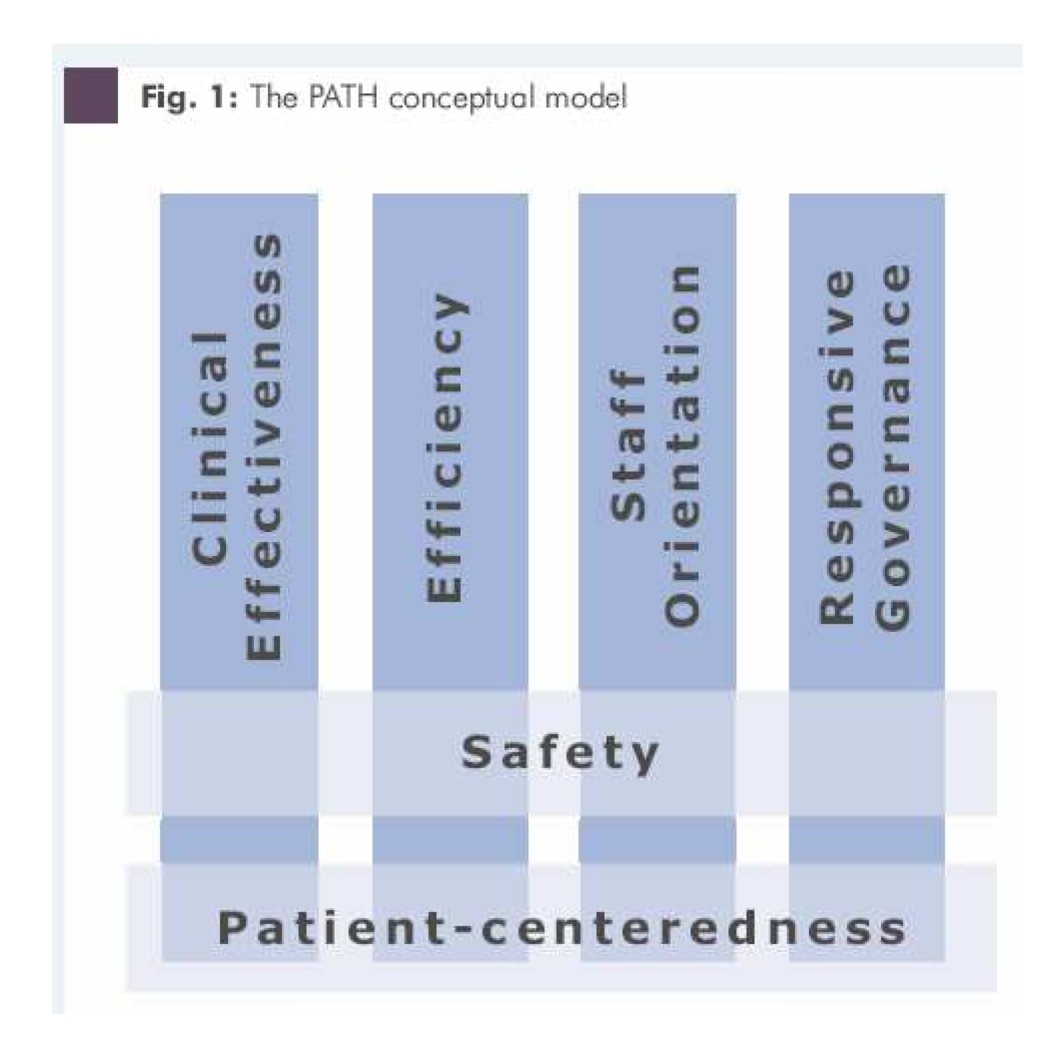
Le « Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals" (PATH) a été développé par le bureau régional pour l'Europe de l'OMS, afin d'aider les hôpitaux à collecter des données sur leur performance, à identifier la façon dont se font les comparaisons entre hôpitaux, et à initier une dynamique d'amélioration de la qualité[25]. Il a été conçu pour permettre justement aux hôpitaux l'élaborer des modèles internes d'évaluation de la performance, par opposition aux trois autres catégories d'évaluation de la performance énoncées plus haut : « PATH is designed for internal use and on voluntary basis only – it is not meant to be used for external reporting, accreditation or restructuring purposes »[26].

Le cadre général du modèle a été élaboré par des experts internationaux, sur la base de matériel théorique et empirique. Il comporte six dimensions, dont quatre « domains »: Clinical effectiveness, Efficiency, Staff orientation et Responsive governance ; et deux perspectives transversales : Safety et Patient Centeredness

---

[25] www.pathqualityproject.org

[26] World Health Organization, Regional Office for Europe, *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals,* Copenhague, 2007.



Ce modèle reprend donc clairement l'analyse multidimensionnelle de la performance du balanced scorecard, tout en en introduisant des dimensions transversales dans l'analyse, qui s'appliquent à l'ensemble des domaines.

Chaque dimension de le performance est ensuite détaillée en sous-dimension :

Table 1: Description of the dimensions and sub-dimensions of performance

Dimension	Sub-dimensions
Clinical effectiveness	- Conformity of processes of care - Outcomes of processes of care - Appropriateness of care
Efficiency	- Appropriateness (added after discussions during the workshop) - Input related to outputs of care - Use of available technology for best possible care
Staff orientation	- Practice environment - Perspectives and recognition of individual needs - Health promotion activities and safety initiatives - Behavioural responses and health status
Responsive governance	- System / Community integration - Public health orientation
Safety	- Patient safety - Staff safety - Environment safety
Patient centeredness	- Client orientation - Respect for patients

On retrouve ici la nécessité évoquée lors de la présentation du modèle de Triple Impact d'avoir une sous-division des objectifs à atteindre, afin d' établir des indicateurs précis et opérationnels.

Le modèle contient de plus deux grandes séries d'indicateurs ; la première série comporte 17 indicateurs, censés pouvoir s'adapter aux différents contextes et donc aux spécificités des différents établissements. Les hôpitaux participant au PATH doivent nécessairement utiliser l'ensemble de ces indicateurs : « Hospitals participating in PATH should intend to gather all the indicators of the core set ».[27]. La seconde série d'indicateurs est optionnelle, soit parce que l'indicateur est trop spécifique à un contexte propre, soit parce que la collecte de données pour le renseigner peut s'avérer difficile.

On retrouve donc bien dans ce modèle le caractère très macroéconomique des cadres d'évaluation de la performance proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cependant la vocation de ce modèle, à savoir son utilisation en interne, a incité l'OMS à réfléchir à son adaptabilité, et donc à distinguer ces deux séries d'indicateurs. Mais l'objectif in fine reste bien la comparaison, que ce soit au niveau international (« PATH also has an international component and hospitals may compare their results to international reference points […] By joining PATH, hospitals become part of an international network to share best practices and

[27] www.pathqualityproject.org

strategies for quality improvement."[28]) ou au niveau national entre les hôpitaux d'un même territoire ("The performance reports are the core output of the PATH project. They support hospital managers in comparing the performance of their hospitals with the performance of a peer group of hospitals and also allow managers to identify where their hospitals over or underperform".) Le modèle PATH développé par l'OMS reprend donc la construction générale du balanced scorecard, tout en ayant pour objectif de permettre la comparabilité entre les Etats et les établissements.

Il est cependant intéressant de constater qu'au terme de « balanced scorecard », les groupes d'étude du PATH préfèrent le terme de « balanced dashboard ». Lors de groupes de travail impliquant des hôpitaux ayant expérimenté le PATH[29], une discussion a en effet eu lieu sur la finalité du modèle : devait-il servir de « strategic summary », ce qui aurait justifié l'utilisation du terme « scorecard », ou de système opérationnel en temps réel, plus proche donc d'un tableau de bord ou « dashboard » en anglais ? La seconde approche a été choisie par les hôpitaux, qui ont donc conservé le terme de « balanced dashboard », balanced se référant au cadre multidimensionnel de l'analyse. Il est de plus intéressant de constater que le « scorecard » a été aussi rejeté par l'OMS en raison de sa dimension trop subjective : « Moreover, the term "scorecard" implies a score, which is very much value-loaded and implies a judgement. Though the opposite message should be conveyed: indicators cannot be used as definite judgement on hospital's quality, they should be used as flags and as a starting point in a quality improvement process."[30]

---

[28] World Health Organization, Regional Office for Europe, *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*, Copenhague, 2007.

[29] Jérémy Veillard, Ann-Lise Guisset, Mila Garcia-Barbero (World Health Organization, Regional Office for Europe), *Selection of Indicators for Hospital Performance Measurement, A report on the 3rd and 4th workshop*, Barcelona, 2003

[30] Jérémy Veillard, Ann-Lise Guisset, Mila Garcia-Barbero, op.cit. p16.

VI. Les premières mises en place : Canada, Royaume Uni, Danemark, France

A. Le modèle canadien, le plus abouti, est porteur d'enseignements théoriques

1. Le Canada : précurseur de la performance hospitalière

La réflexion sur la performance hospitalière a commencé au Canada depuis déjà une décennie, les hôpitaux de l'état de l'Ontario ayant pris une avance considérable sur ces sujets. En 2000, l'Institut Canadien d'Information sur la Santé a lancé une étude pour l'élaboration d'un cadre conceptuel commun aux hôpitaux canadiens pour l'évaluation de leurs performances. La même année, les premiers ministres canadiens se sont engagés à fournir à la population des données sur la performance des hôpitaux canadiens, et ce de façon régulière. Les premiers résultats ont été effectivement publiés en 2002.

L'expérience canadienne est donc riche d'enseignements pour l'avenir de la mesure de la performance dans les hôpitaux français, d'abord parce que sa chronologie ressemble à la nôtre, l'an 2006 français montrant une situation d'avancement semblable à l'an 2000 canadien sur notre sujet. De plus, les publications et travaux canadiens constituent aujourd'hui une référence d'importance dans le milieu de la performance hospitalière. Quelles leçons pouvons-nous en tirer ?

2. Les grandes leçons

L'avancement du milieu hospitalier canadien sur la mesure de la performance est indiscutable. Dans l'état de L'Ontario, un modèle de mesure de la performance hospitalière centré sur les soins de courte durée est déjà appliqué depuis six ans, et est en constante évolution. De ce fait, les milieux universitaires canadiens possèdent un recul sur ces questions qui nous permet de tirer quelques leçons théoriques d'importance.

Des modèles fondés sur des croyances

Il est intéressant de remarquer combien la littérature canadienne francophone traitant de la performance hospitalière rappelle en quoi les objectifs assignés à un système de soins relèvent de croyances, d'une vision de la médecine et d'une perception particulière de la place de l'homme dans son environnement. On y trouve même une lucidité et un retour sur soi étonnant au sens où ces travaux ne cherchent pas à s'auto justifier, allant jusqu'à admettre que

la qualité d'un système de soin n'est même pas forcément le déterminant de l'amélioration de l'état de santé général d'une population (là où la réduction des disparités de revenus, la baisse du chômage peuvent avoir un impact nettement plus mesurable) [31]. Le souci de rendre compte de l'action publique suffit néanmoins à justifier l'existence de modèles de mesure de la performance. Il est important de garder à l'esprit les croyances que ce type de système véhicule, et celles qui le sous-tendent afin de garder un certain recul.

La pertinence du balanced scorecard comme fondement méthodologique

Concernant la forme des modèles actuels de mesure de la performance hospitalière (une performance multidimensionnelle) les mêmes auteurs remarquent qu'elle résulte d'une vision récente, issue de la vague New Age des années 1980, de la santé de l'homme comme résultant de divers facteurs environnementaux complexes[32]. Ceci justifie la pertinence du modèle théorique du balanced scorecard, qui, par la multiplicité des objectifs qu'il permet de prendre en compte, est parfaitement adapté au cas des hôpitaux publics.

Un modèle doit pouvoir évoluer dans le temps

En citant l'exemple des adaptations successives du modèle mis en place dans l'Ontario, François Champagne insiste sur la nécessité d'un souci constant de mise à jour des objectifs, de raffinement des indicateurs[33].

B. Le modèle danois : une approche logistique du traitement

Le modèle danois d'évaluation de la performance hospitalière est de loin le plus surprenant en termes de méthodologie par rapport à tous les modèles pratiques dont nous avons pu avoir connaissance. Au lieu de réfléchir en termes d'objectifs et d'accomplissement de ces objectifs, il s'attache à l'étude de chaque stade du processus de prise en charge

---

[31] François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Julie Picot-Touché, François Béland et Hung Nguyen, *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : le modèle EGIPSS (Evaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé),* Université de Montréal, Avril 2005, p6

[32] François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Julie Picot-Touché, François Béland et Hung Nguyen, op.cit., p5

[33] Adalsteinn D. Brown, George H. Pink, François Champagne, « L'établissement d'un système de mesure de la performance des services de santé : leçons tirées de la présentation de rapports sur les hôpitaux en Ontario, au Canada » in *Lettre d'information de Gouverne et Transformation des organisations de santé*, volume 2, n°1, février 2002, p6

hospitalier, de la première consultation aux rappels post sortie, avec pour but la maximisation de trois dimensions à chaque étape : une perspective « clinique » tout d'abord (admission, suivi, etc), une perspective « patient » (information, continuité des soins, droits, sécurité) et une perspective « organisationnelle » (recherche, information du grand public, ressources humaines, éducation, management des risques)[34].

On peut faire deux remarques pour la suite. La première concerne la bonne prise en compte des multiples facettes de ce que peut être la performance, qui a été pour nous source d'inspiration. La seconde a trait à l'existence parmi ces facettes de deux dimensions que nous avons choisi d'isoler de notre propre modèle du fait de leur caractère extrêmement stratégique, à savoir l'information du grand public (gestion du risque médiatique) et le management des risques. Il faut noter que ces dimensions trouvent plus facilement leur place dans ce modèle comparable à l'analyse d'une chaîne logistique, et donc intégrant la dimension temps, que dans un modèle d'évaluation de la performance à un instant t.

Nous n'avons néanmoins pas retenu cette approche, malgré l'attrait théorique et intellectuel qu'elle a eu à nos yeux, et ce pour deux raisons. La première, c'est que le modèle développé par Accenture propose une image « photographique » à un instant t, pour permettre avant tout la comparabilité, et non une approche fondée sur les processus. Deuxièmement, il nous semble que cette approche procédurale ne rend pas forcément bien compte de la diversité des spécialités médicales, et ne permettrait donc pas facilement la remontée d'informations. Dans le contexte de contractualisation croissante et de développement des logiques lolfiques évoqué plus haut, cette entrave au reporting nous semble inadaptée.

C. La mesure de la performance au sein du NHS : la mise en place d'une logique concurrentielle dans un cadre fortement politisé

1. Le NHS aujourd'hui : qualité globale et logique concurrentielle

Les établissements de santé appartenant au National Health Service (NHS) sont comparables de par leurs vocations à nos établissements hospitaliers publics. Autre système « intégré » né de la seconde guerre mondiale, le NHS a suivi une trajectoire souvent moins

[34] World Health Organisation, Regional Office for Europe, *Measuring hospitals performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions, Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10-11 January 2003,* Copenhague, 2003

acclamée que le système de soins français. Son évolution récente et ce qu'elle traduit du sens donné à la notion de performance est intéressante. Depuis le tournant des années 1990, les réformes se multiplient pour sortir le système de la crise et redorer son blason. Quinze ans plus tard, force est de constater que l'orientation prise est celle de la mise en concurrence des établissements entre eux, les patients pouvant, au travers du site Internet dédié, comparer les établissements en fonction de leurs performances et spécialités médicales, mais aussi de leur qualité de service. Cet aspect est mis en valeur dès la page d'accueil du NHS, avec en plein milieu de la page une rubrique « Choosing your hospital », détaillant ce qu'est le choix, quels sont les choix possibles en fonction de la zone géographique du patient, et une aide à la décision en fonction de divers critères. En suivant cette aide à la décision, il est demandé au patient de sélectionner ses critères, et le site propose un éventail de choix correspondants. A la une des actualités du NHS, une brève intitulée « More choice for patients » insiste encore sur ce point, et titre « Patient choice becomes a reality across the NHS ». Cette comparaison est rendue possible par la mise en place du NHS Performance Assessment Network (PAF), dont le fondement méthodologique est le concept de balanced scorecard. Le PAF insiste aussi à tous les niveaux sur la qualité[35], ce qui transparaît dans la communication officielle du NHS auprès des patients.

On constate donc que le NHS, s'il s'intéresse à la qualité et non plus seulement à l'efficience, n'en reste pas moins un système avant tout concurrentiel, ou plutôt fondé sur la « concurrence interne ». Cette notion est le fruit d'une histoire complexe.

2. Une évolution qui doit plus aux volontés politiques qu'au milieu médical

Il est intéressant de constater, surtout par comparaison à l'évolution qui se fait en France, que les réformes mises en place au sein du NHS et la situation qui est la sienne aujourd'hui doivent bien plus à des choix politiques qu'à la réflexion sur la vocation du système de santé. Ce système de qualité par la compétition interne est en réalité la résultante d'une histoire en deux temps.

La première étape est l'héritage de la fin des années Thatcher avec le programme *Working for patients*, « White paper » envisagé dès 1990 mais dont le lancement effectif date

[35] François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Julie Picot-Touché, François Béland et Hung Nguyen, *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : le modèle EGIPSS (Evaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Université de Montréal, Avril 2005

d'avril 1991. Ce projet a été beaucoup critiqué pour son imprécision concernant la prévention et l'aide aux plus démunis, et parce qu'il n'a poursuivi en réalité qu'un objectif d'efficience. "Although presented as a programme for modernizing the entire health service, the government's proposals were heavily slanted towards the problem of funding acute hospital services, the issue that had originally sparked off the Thatcher review. […] Without any explanation, policies relating to such high-priority areas as prevention and community care were left in abeyance[36]". Surtout, il promouvait le marché interne ou "internal market", alors que les patients n'avaient pas en réalité de véritable capacité de choix : "In fact the new system was not internal nor was it a market in more than a restricted sense . 'internal' was clearly inconsistent with the aspiration to maximize the involvement of outside agencies and the private sector. The 'market' analogy was obviously imprecise, since the consumer was unable to exercise choice of services; health authorities or fundholders acted as their surrogates [37]".

On ne doit pas s'étonner que la nouvelle vague de réforme qui a suivi se soit un temps éloignée de la notion de marché interne pour insister sur d'autres notions plus humaines et qualitatives[38] : "Mr. Major's government awoke to the dangers of this situation. During his short tenure as Secretary of State for Health, Stephen Dorrell worked hard to play down the market idea. Documents issued by the government largely expunged market vocabulary from their texts. The Working for patients changes were now discussed in terms of raising quality, increasing responsiveness and improving the accountability of public services." C'est le cœur du programme *A service with ambition*, lancé en 1996. En réalité, il faut préciser que Dorrell étant lui-même un conservateur, membre du Tory Reform Group, l'idée d'un marché interne n'a jamais réellement été abandonnée, mais simplement tue.

Les axes de performance du système actuel, parce qu'ils englobent les divers sens à donner à la notion de performance, autant au niveau de l'efficience que de l'efficacité, sur

---

[36] Charles Webster, *The National Health Service: a political History*, New edition, Oxford University Press, 2002

[37] Charles Webster, op.cit.

[38] World Health Organisation, Regional Office for Europe, *Measuring hospitals performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions, Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10-11 January 2003,* Copenhague, 2003

fond de stimulation concurrentielle, sont donc largement les héritiers de l'histoire politique des quinze dernières années au Royaume Uni…et très peu de l'avis des décideurs hospitaliers.

D. En France, une avancée déterminée par différentes logiques d'acteurs

En France, il n'existe pas comme c'est le cas au Canada ou au Royaume Uni de consensus quant à l'établissement d'un modèle commun de la mesure de la performance hospitalière. La complexité de la structure hospitalière en France en est en grande partie responsable. D'une part, la cohabitation entre de multiples structures aux statuts administratifs différents rend difficile la mise en place de schémas communs d'évaluation de la performance, puisque les instances régulatrices de référence n'ont pas sur tous les établissements la même prégnance selon leur degré de privatisation. D'autre part, il nous a été rappelé combien la tradition d'indépendance des établissements, et des pôles médicaux au sein de ces établissements, même au sein d'une même entité juridique comme l'AP-HP, pouvait être un élément, sinon de frein à l'avancée des questions d'évaluation de la performance, du moins de frein à leur harmonisation. Par conséquent, les travaux en commun sur le sujet sont tous relativement récents : il s'agit principalement du groupement des directeurs de CHU, du projet SAPHORA sur l'établissement d'indicateurs qualité de référence, et du projet COMPAQH. On peut sans doute intégrer à cette liste le cas particulier du GMSIH, qui bien que n'étant pas une structure hospitalière à proprement parler, joue le roule d'instance intégratrice des pratiques de performance par son influence méthodologique mais aussi de par ses méthodes de travail (groupes de travail avec des établissements pilotes).

Il en découle que dans le paysage hospitalier français, et contrairement sans doute aux autres pays précités, on constate l'avancement des projets de mesure de performance au niveau des établissements, tandis que l'Etat central est dans une logique de rattrapage de ces travaux. L'évolution qui se met en place est donc une évolution qui a commencé « par le bas ».

1. L'avance prise dans la mise en place de tableaux de bords au niveau des établissements hospitaliers français

L'entretien réalisé avec Judith Martin, directrice du projet Pilotage et Nouveau système d'information à l'AP-HP nous a permis de cerner l'avance prise en réalité par les directeurs hospitaliers ou les directeurs de pôle dans l'appréhension de la performance hospitalière. Souvent, des tableaux de bord ont été développés en interne pour répondre aux

besoins de la direction en termes de gestion, de qualité médicale, de positionnement stratégique. La mesure de la performance en milieu hospitalier se fait donc de façon spontanée dans le contexte favorable évoqué en introduction. Ainsi, les travaux du GMSIH sur l'établissement de tableaux de bord sont « construits à partir d'informations déjà existantes dans les établissements[39] » ; nous avons donc considéré que l'analyse détaillée des propositions du GMSIH rendrait une image fidèle et synthétique de ce qui se fait aujourd'hui en termes d'évaluation de la performance dans les divers hôpitaux.

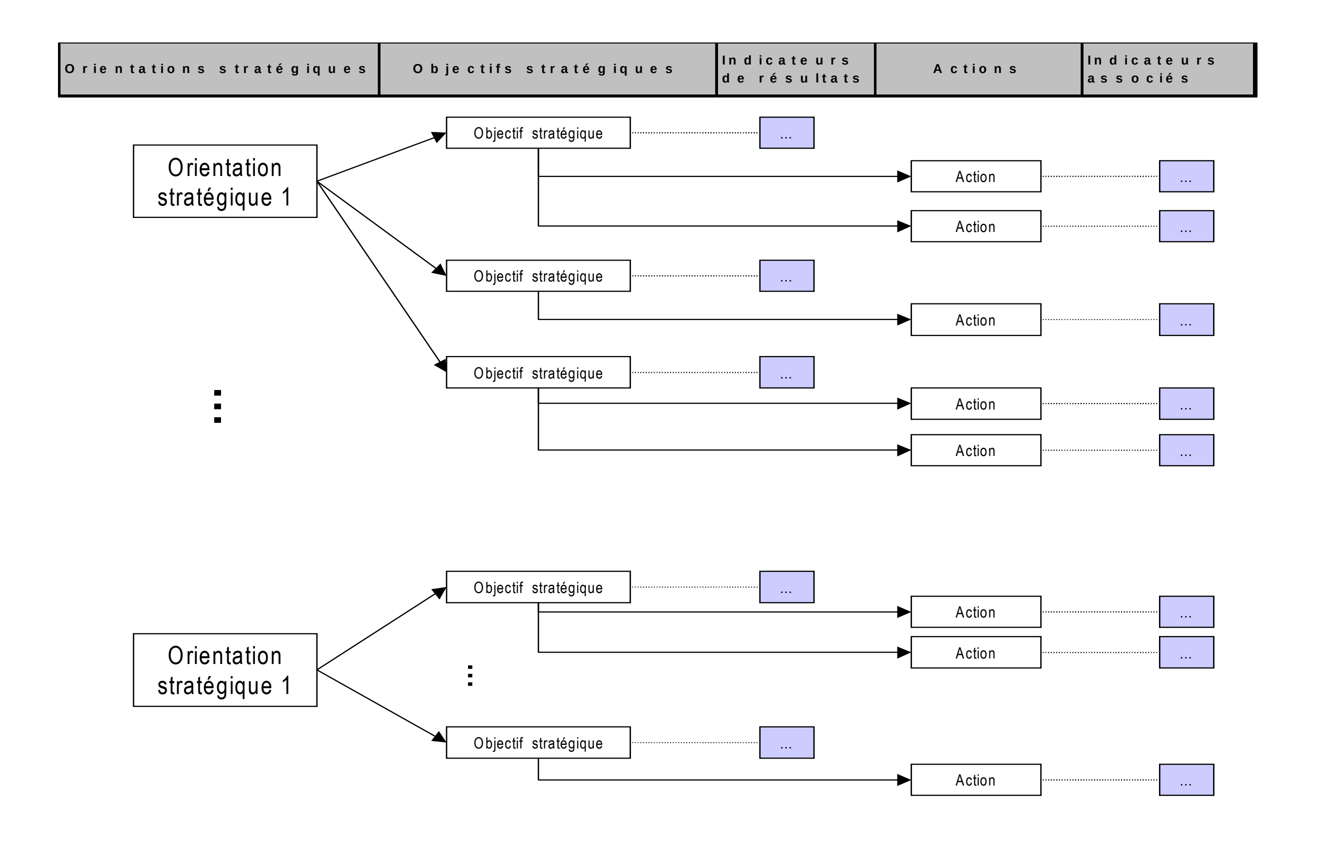
Le groupe de travail des CHU obéit à une stratégie de containment

Nous avons appris que, dans le but de permettre une comparaison des établissements mieux assise méthodologiquement que les comparaisons journalistiques trop simplistes, des directions de CHU travaillent ensemble à l'établissement d'indicateurs pertinents devant permettre la comparaison. Rien n'a pour l'instant été publié sur ces travaux, mais ils sont symptomatiques d'une volonté des dirigeants du monde hospitalier de s'entendre sur les éléments sur lesquels ils seront évalués et comparés.

L'initiative du GMSIH : un début d'entente sur le sujet de la performance

A la suite de l'entretien réalisé, Laure Huyneux nous a communiqué les travaux effectués sous sa direction publiés tout récemment sur support CD-rom par le GMSIH (avril 2006). Ce kit propose une série d'orientations stratégiques déclinées en objectifs stratégiques, eux-mêmes déclinés en actions dans lesquels l'hôpital souhaitant analyser sa performance peut « piocher ». Objectifs stratégiques et actions sont assortis chacun d'un indicateur devant permettre de tracer son accomplissement. Le schéma proposé est le suivant :

[39] GMSIH, *Kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé*, avril 2006



L'analyse du modèle de tableau de bord proposé appelle selon nous plusieurs remarques. Premièrement, ces travaux sont orientés vers la pratique immédiate. En particulier, les indicateurs proposés sont des indicateurs simples, facilement calculables, sans ambiguïté de définition, et faisant appel dans une large mesure à des enquêtes de satisfaction. Ils se positionnent donc comme un set d'outils disponibles pour le manager.

Deuxièmement, d'un point de vue méthodologique, nous pensons que le choix d'assortir chaque objectif d'un indicateur est discutable, puisque la seule attention aux indicateurs stratégiques met sous silence la diversité des indicateurs correspondant aux actions, et donc des dimensions diverses de la performance.

Enfin, il nous est apparu que ce modèle est résolument axé sur la mise en place et le suivi d'une stratégie pour l'établissement. Or le travail effectué dans le cadre de l'élaboration de notre propre modèle nous avait permis de déceler un grand nombre de textes juridiques encadrant les objectifs prioritaires de l'hôpital public. Ceux-ci nous semblaient laisser peu de marge de manœuvre à la direction d'un établissement dans la mise en place d'une stratégie individuelle. Faisant part de cette remarque à Laure Huyneux, celle-ci nous a précisé que les directions avaient en réalité une marge de manœuvre dans la conception de leur stratégie au

moment des négociations dans l'établissement des contrats d'objectifs et de moyen, SROS et autres fruits du développement de la contractualisation. De plus, selon elle, la motivation des équipes ne peut venir de simples objectifs « négatifs » du type de ceux qui peuvent être imposés à un hôpital comme « revenir à l'équilibre financier », mais de projets « positifs » de positionnement stratégique.

Néanmoins, ainsi qu'Laure Huyneux l'a par la suite regretté, les « carottes » financières qui devraient récompenser la réussite de projets stratégiques forts n'existent pas encore. Nous irons dans son sens en ajoutant que, dans le nouveau cadre de la tarification à l'activité, l'augmentation de l'activité implique une augmentation proportionnelle et non supérieure des crédits correspondants. Les hôpitaux ne voient donc pas le fruit de leurs efforts récompensés, puisque l'utilité marginale de l'acte supplémentaire n'est pas croissante. Il y a donc le risque de voir le soufflet de la performance retomber. Sans aller jusqu'à préjuger de l'avenir, on peut donc dire que pour l'instant, il est peut être prématuré de vouloir considérer les modèles de mesure de la performance comme des outils stratégiques pour les directions hospitalières.

Le cas particulier de l'AP-HP

Dans le paysage hospitalier français, l'AP-HP fait souvent figure d'exception. Concernant les sujets relatifs à la mesure de la performance, c'est aussi le cas. L'entretien que nous a accordé Judith Martin nous a permis de cerner l'avance qu'elle avait prise sur ces sujets, avec l'établissement d'un modèle multidimensionnel de mesure de la performance, les « quatre cadrans ». L'historique instructif de la mise en place de ce projet et ses fondements sont détaillés dans le compte rendu d'entretien joint en annexe. Nous retiendrons ici un nombre limité d'enseignements marquants.

Le premier réside dans la nécessité dans tout modèle de mesure de la performance d'assortir chaque indicateur d'une cible afin de le faire parler. Il nous semble d'ailleurs que devant la faible marge de manœuvre d'un établissement public dans le choix de ses missions, la fixation de cibles ambitieuses peut être un bon élément de stratégie.

La seconde remarque que nous émettrons est d'ordre méthodologique. D'une part, il nous semble que ce modèle n'est pas « problématisé » en fonction du service public rendu et consiste plutôt en une batterie d'indicateurs interprétables et utiles car déjà existants. La réflexion qui a eu lieu en amont portait d'ailleurs sur les « indicateurs idéaux »,dont le nombre

a ensuite été restreint en fonction des indicateurs disponibles, beaucoup plus que sur les missions à accomplir. Ce modèle a donc l'avantage d'être rapidement opérationnel et pour un faible coût (il tourne d'ailleurs déjà au sein de l'AP-HP depuis un an et demi), mais ne permet pas forcément de cerner de façon exhaustive l'ensemble des dimensions de la performance d'un hôpital public.

L'aventure de la mise en place de ce modèle au sein de l'AP-HP qui nous a été contée par Judith Martin nous semble enfin représentative par ailleurs de la volonté d'indépendance des établissements par rapport aux diverses tentatives jacobines d'uniformisation. En milieu hospitalier plus qu'ailleurs, l'implication des différents niveaux hiérarchiques est cruciale dans la réussite d'un projet, et l'imposition de modèles « par le haut » n'est pas recommandée.

2. Les tentatives de rattrapage par l'Etat central de ces diverses initiatives

Confronté à la demande croissante de transparence sur les performances des hôpitaux, devant au passage cerner les performances de ses établissements dans le cadre de la LOLF, l'Etat tente de regagner du terrain sur la mesure de la performance des hôpitaux publics.

La contractualisation avec les ARH : un échec ?

Durant la phase de rédaction de ce mémoire, en avril 2007, un rapport crucial pour notre sujet a été rendu public par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances. Ce rapport, effectué dans le cadre des audits de modernisation mis en place conjointement à la LOLF, dresse un bilan alarmant concernant le rôle des ARH dans le développement de la mesure et de l'amélioration de la performance. Ses conclusions sont les suivantes : « Les ARH ne disposent à ce jour ni de référentiels communs avec les établissements pour le suivi de la performance, ni d'outils nationaux d'aide à la décision, ni d'analyse structurée des causes des différences observées sur les coûts entre les établissements de l'échelle nationale de coûts (ENC) ou sur les durées moyennes de séjour (DMS) dans l'ensemble des établissements. Des limites importantes à l'action des ARH vis-à-vis des établissements en matière de performance et d'efficience. Les ARH ne conçoivent pas leur mission au quotidien en fonction de l'amélioration de la performance hospitalière. La politique menée par la DHOS en matière d'amélioration de la performance et de l'efficience

n’est pas perçue comme une priorité. Les structures qui s’intéressent à la traduction concrète de la performance et de l’efficience sont extérieures à la DHOS[40]. »

Ce constat est clair et vient renforcer nos remarques : d’autres structures que les structures d’Etat dont c’est le rôle se sont emparées des sujets ayant trait à la mesure de la performance, il n’existe pas de référentiel commun de mesure de la performance, la performance est un sujet qui émerge par le bas et dont l’appréhension au niveau régional et central n’est pas encore établie. Il est surtout intéressant de regarder les recommandations qui sont faites dans ce rapport : elles vont toutes dans le sens d’une reprise en main par les ARH et, partant, par l’Etat central, des sujets liés à la performance hospitalière.

Le projet COMPAQH

Le projet COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l’amélioration de la qualité hospitalière) est né en 2003, et doit pour l’instant durer jusqu’en 2009. Il a pour objectif de développer des indicateurs de qualité des soins afin de pouvoir les généraliser au sein des établissements de santé, ainsi que d’établir des modes d’utilisation efficaces de ces indicateurs, notamment au niveau du pilotage. Il s’agit d’une recherche opérationnelle soutenue par le Ministère de la Santé et la Haute Autorité en Santé, la maîtrise d’ouvrage étant assurée par l’INSERM. Si ce projet fait certes participer des établissements hospitaliers (43 établissements pilotes), il n’en reste donc pas moins extrêmement chapeauté par les administrations centrales.

Il faut préciser que, étant données les disparités dans les méthodes employées d’un hôpital à l’autre d’une part sur les indicateurs de performance en général, et d’autre part la difficulté d’harmoniser et de systématiser les indicateurs de qualité médicale, l’existence d’un tel projet au niveau national se justifie d’un point de vue méthodologique, car des échanges de savoir et des tests sont nécessaires. Il est cependant symptomatique d’une volonté de reprise en main du thème de la performance hospitalière. Les tests s’étant avérés concluants ont d’ailleurs débouché sur des indicateurs de référence au niveau national, à l’exemple des indicateurs SURVISO ou ICSHA.

---

[40] Patrick Blanc, Agathe Denechere, Amélie Verdier, Gilles Duhamel, *Rapport sur les Agences régionales d’hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières,* Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des finances, avril 2007.

VII. Le développement d'un modèle de mesure de la performance en partenariat avec Accenture

A. L'adaptation du modèle PSV au cas d'un hôpital public

1. Le modèle PSV

Contactés par Claude Lancelot, consultante de la division secteur public du cabinet de conseil Accenture pour travailler à la mise en place d'un modèle de mesure de la performance adapté au cas d'un centre hospitalier public, nous avons immédiatement accepté. Ce modèle, le modèle « public service value » ou PSV, a été développé par Accenture au niveau mondial et est actuellement en phase de test en France sur divers établissements publics.

L'idée qui sous-tend le modèle PSV, et qui en fait la spécificité des modèles classiques de mesure de la performance, c'est que la performance d'une organisation publique se mesure selon deux axes : le premier est celui de l'efficience (« cost effectiveness »), le second celui de l'atteinte d'objectifs (« outcomes ») visant à répondre aux attentes envers cet établissement en termes de service public. "The objective of an organization must be to optimise both its outcomes and cost effectiveness over the course of time[41]". La dimension de progrès au fil du temps est donc indissociable de celle de performance ; le modèle PSV, en attribuant in fine un score d'efficience et un score d'efficacité, permet de comparer à intervalles de temps réguliers la performance globale d'un établissement sur les deux axes d'amélioration efficience/efficacité.

D'un point de vue purement formel, le modèle PSV s'articule autour de quelques grands objectifs clés, déclinés en sous objectifs et indicateurs, chacun étant assorti d'un pondération selon son degré de priorité.

2. Etat d'une collaboration

Dans cette optique, Accenture travaille en collaboration avec des étudiants d'HEC et de l'IEP de Paris pour les faire réfléchir à l'adaptation de ce modèle à un secteur ou à un établissement particulier. Nous avons pu obtenir l'avis et les conseils de consultants

[41] Harald Deutsch et Dick Ralfs, *Public service value analysis of German hospitals. Public service value in healthcare: who is providing real benefits to citizens?*, copyright © Accenture 2006.

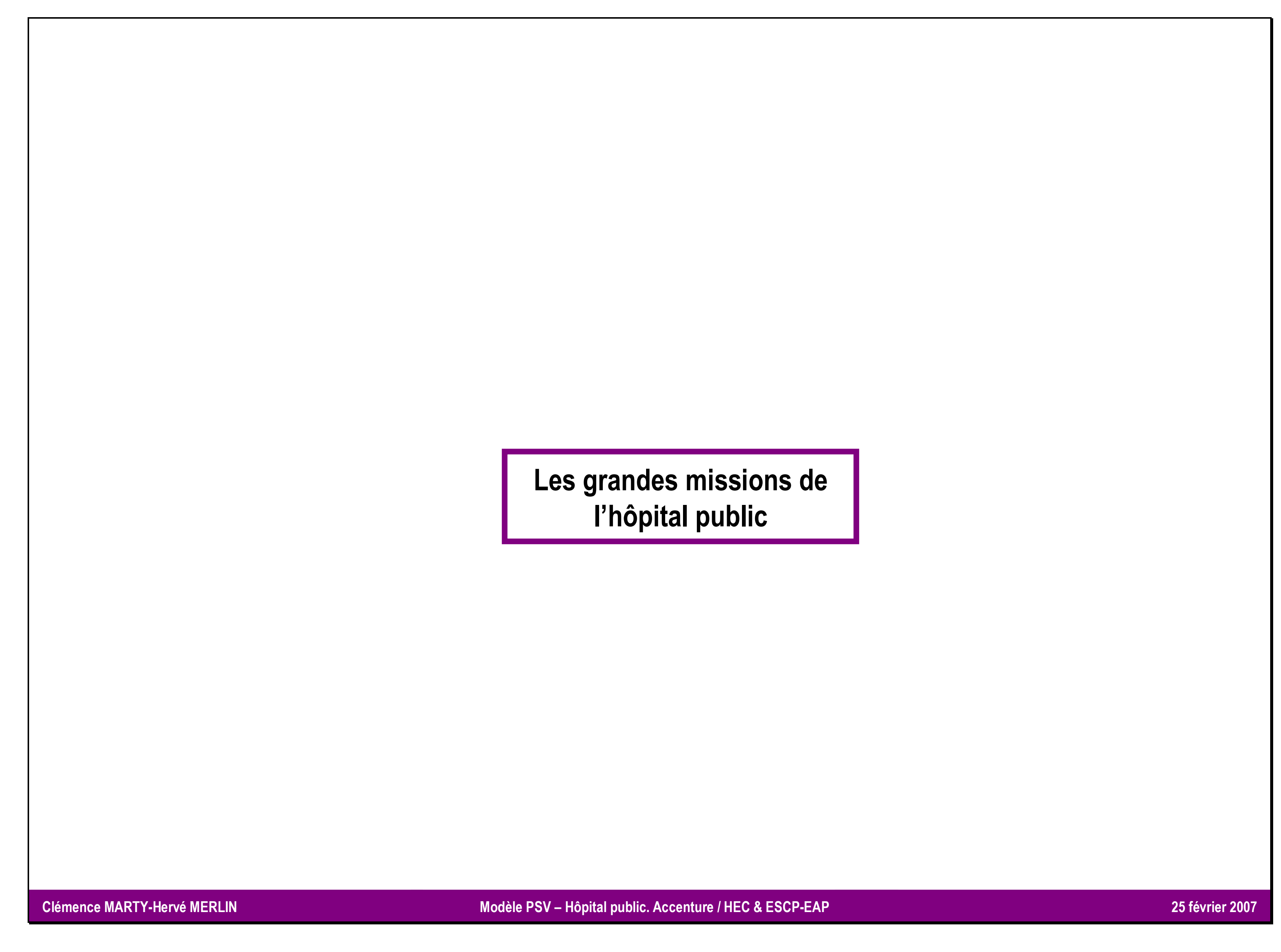
d’Accenture sur l’approche méthodologique à laquelle se tenir, ainsi qu’un retour sur les différentes phases d’avancement du modèle.

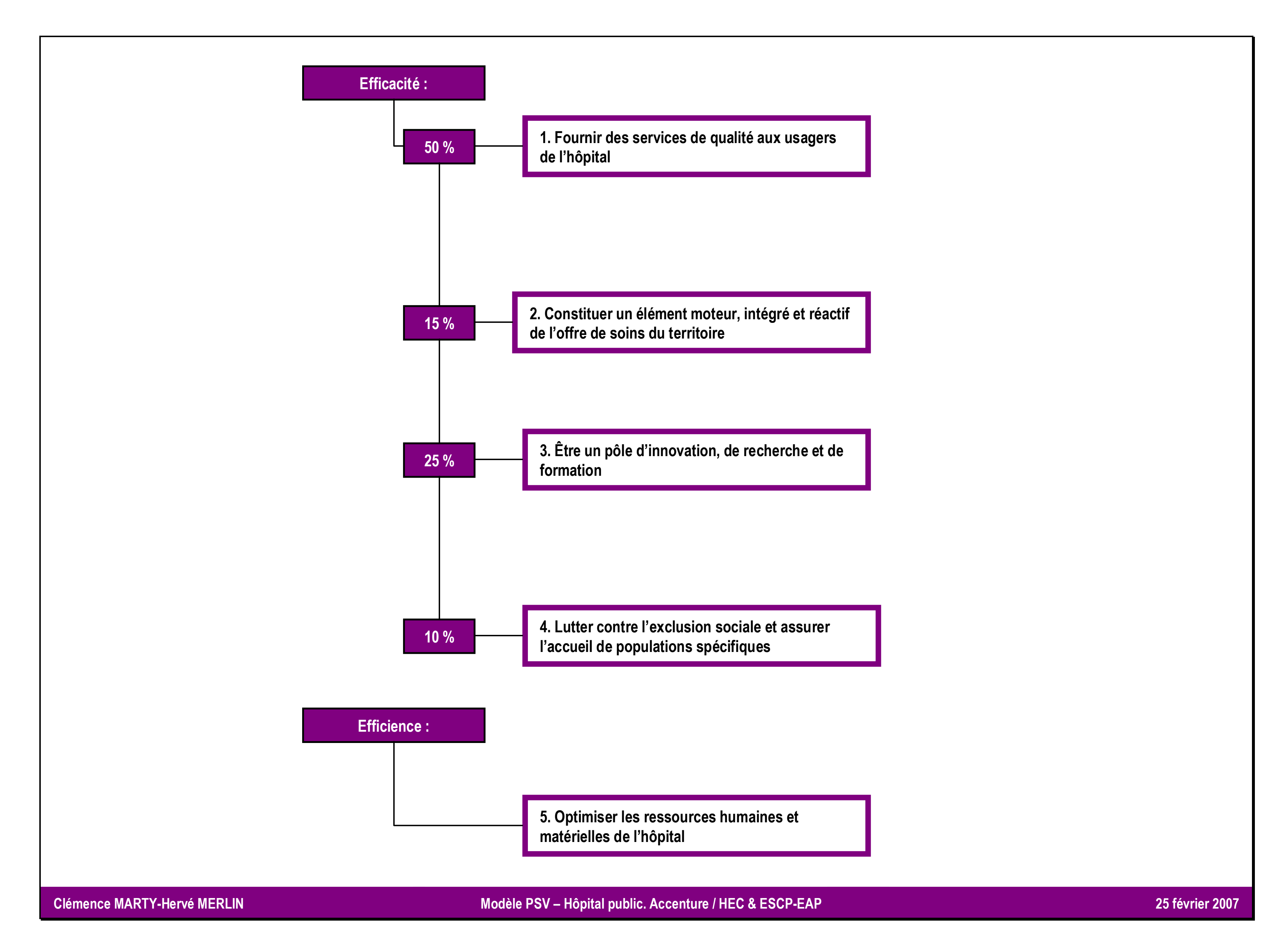
Parallèlement, nous avons rencontré des responsables du milieu hospitalier travaillant sur ce type de modèles, afin d’en assurer les fondements et d’en garantir l’applicabilité. Les résultats de ce travail de recherche sont l’objet de cette partie.

B. Le modèle développé

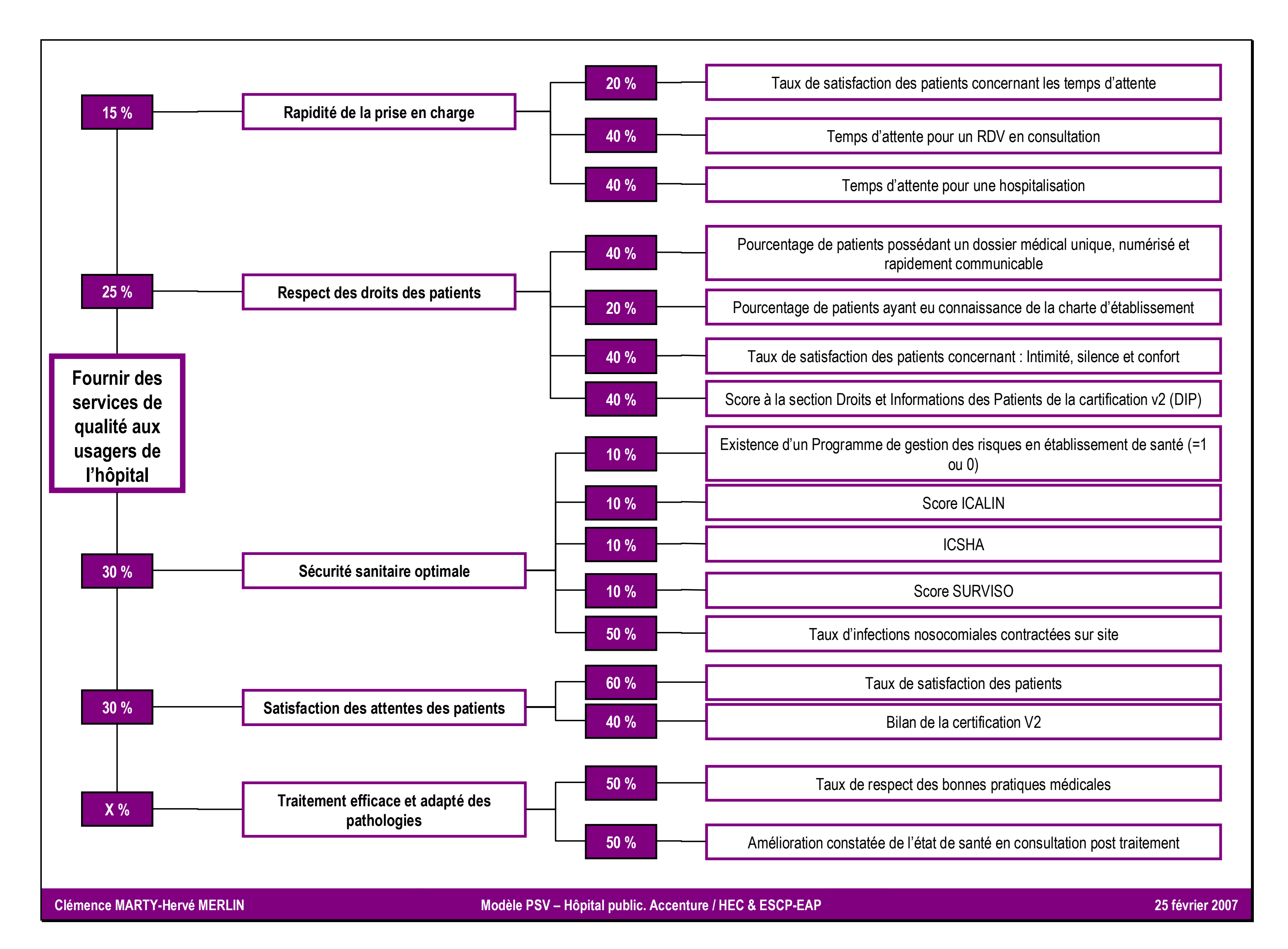
1. Le modèle

Les pages qui suivent contiennent le modèle que nous avons développé.

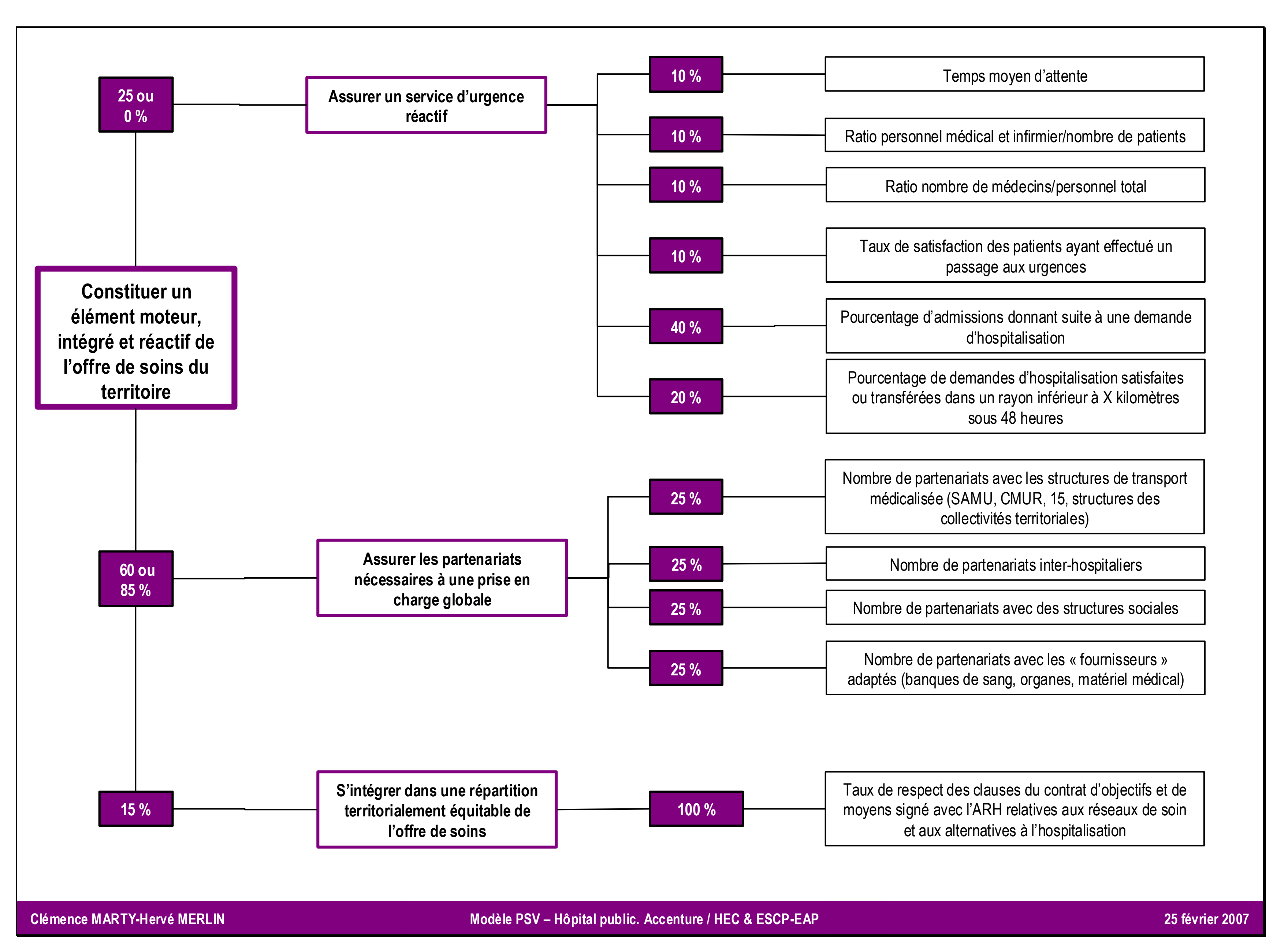

Les grandes missions de l'hôpital public
Clémence MARTY-Hervé MERLIN
Modèle PSV – Hôpital public. Accenture / HEC & ESCP-EAP
25 février 2007

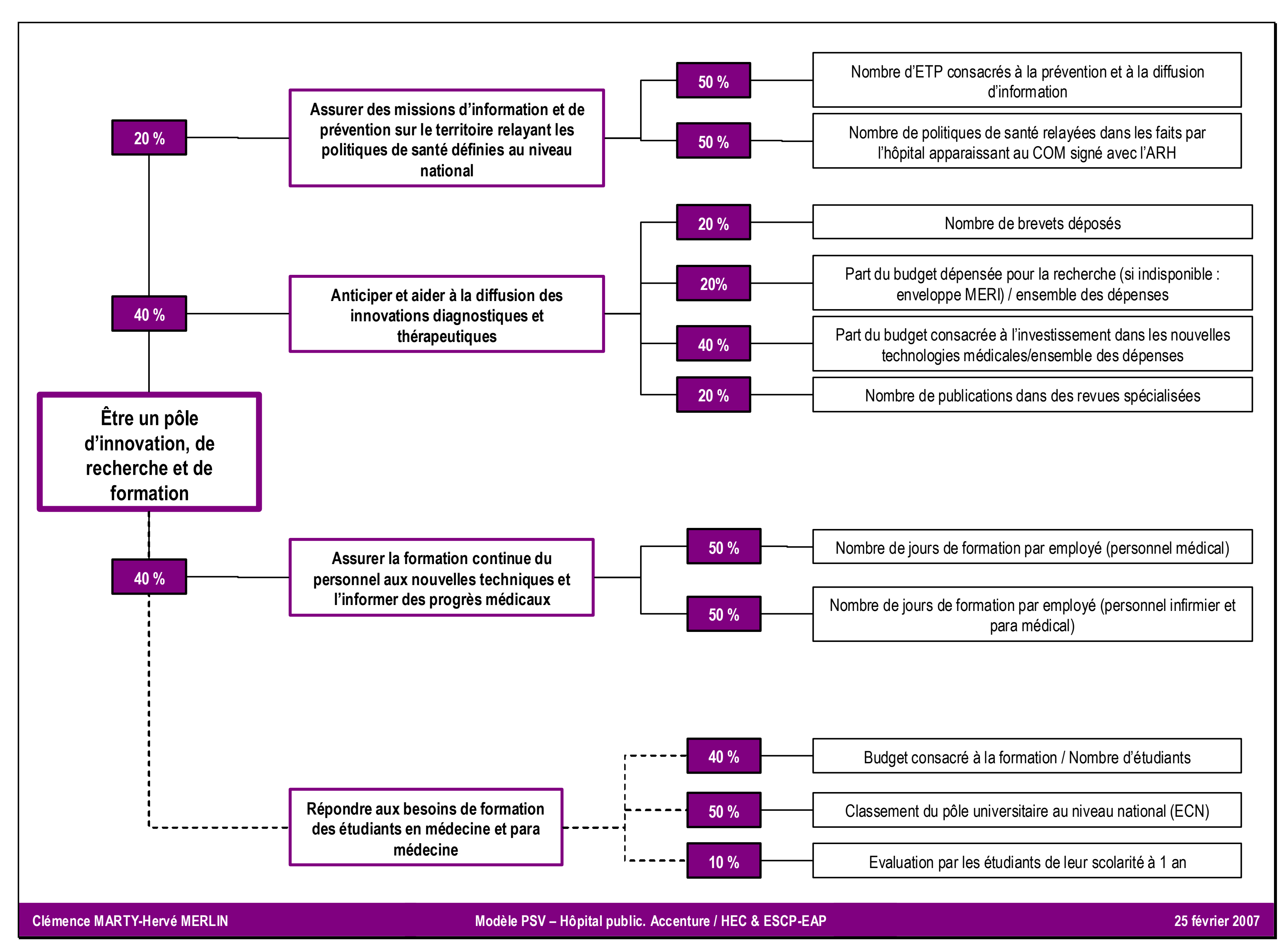

Efficacité :
50 %
1. Fournir des services de qualité aux usagers de l'hôpital
15 %
2. Constituer un élément moteur, intégré et réactif de l'offre de soins du territoire
25 %
3. Être un pôle d'innovation, de recherche et de formation
10 %
4. Lutter contre l'exclusion sociale et assurer l'accueil de populations spécifiques
Efficience :
5. Optimiser les ressources humaines et matérielles de l'hôpital
Clémence MARTY-Hervé MERLIN
Modèle PSV – Hôpital public. Accenture / HEC & ESCP-EAP
25 février 2007

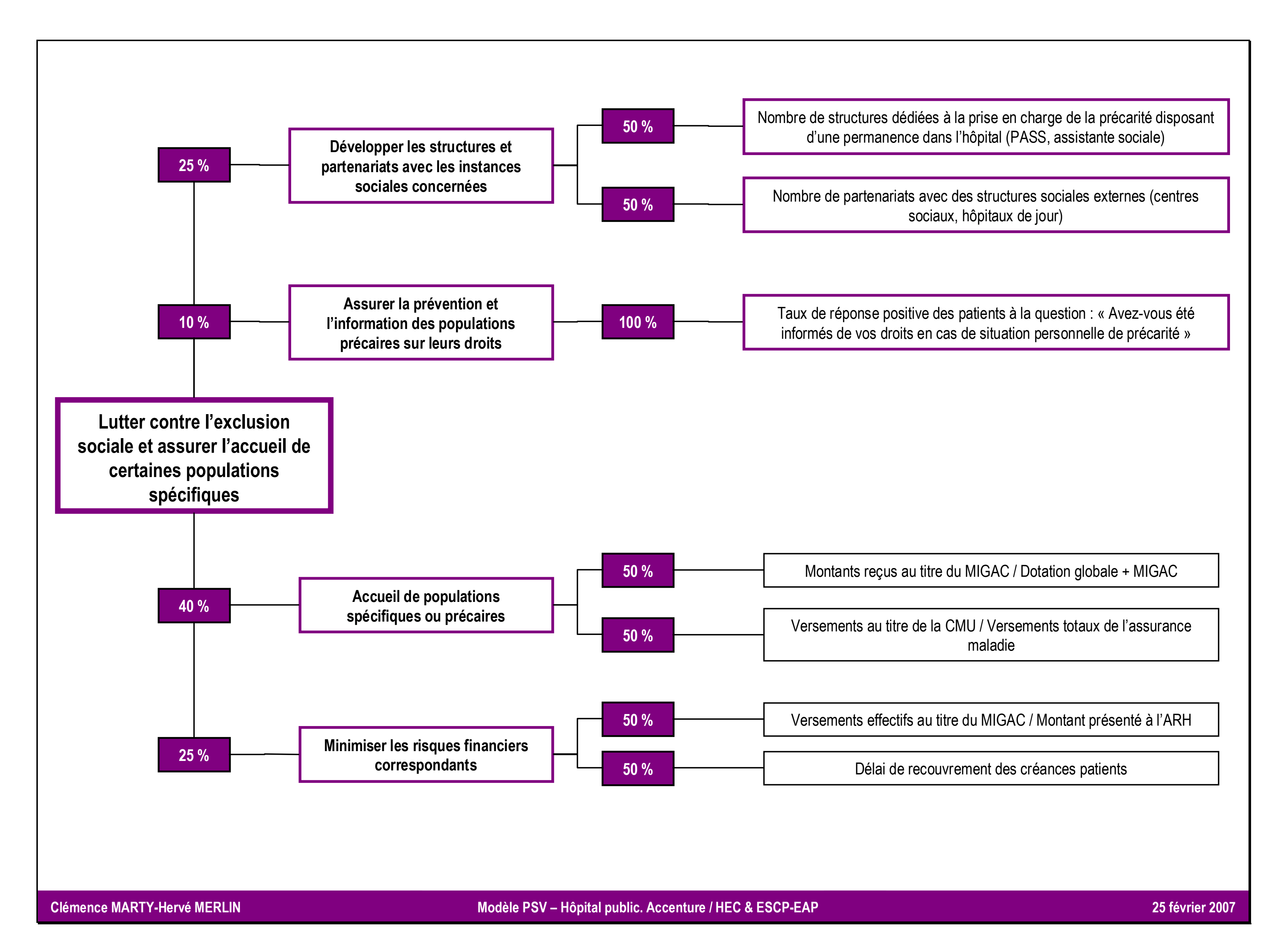

Déclinaisons en sous-objectifs et indicateurs de performance
Clémence MARTY-Hervé MERLIN
Modèle PSV – Hôpital public. Accenture / HEC & ESCP-EAP
25 février 2007

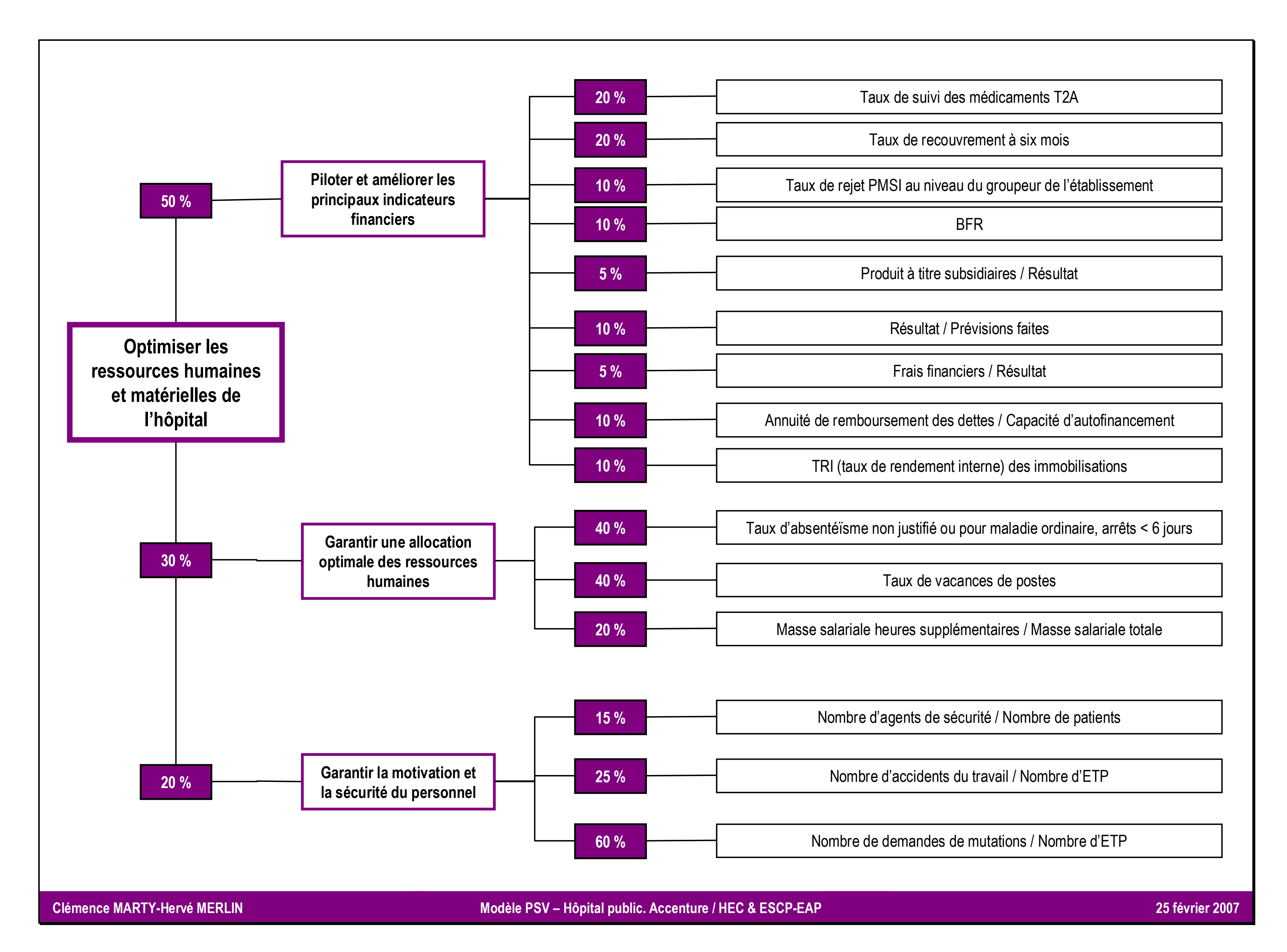


Fournir des services de qualité aux usagers de l'hôpital
15 %
Rapidité de la prise en charge
20 %
Taux de satisfaction des patients concernant les temps d'attente
40 %
Temps d'attente pour un RDV en consultation
40 %
Temps d'attente pour une hospitalisation
25 %
Respect des droits des patients
40 %
Pourcentage de patients possédant un dossier médical unique, numérisé et rapidement communicable
20 %
Pourcentage de patients ayant eu connaissance de la charte d'établissement
40 %
Taux de satisfaction des patients concernant : Intimité, silence et confort
40 %
Score à la section Droits et Informations des Patients de la cartification v2 (DIP)
30 %
Sécurité sanitaire optimale
10 %
Existence d'un Programme de gestion des risques en établissement de santé (=1 ou 0)
10 %
Score ICALIN
10 %
ICSHA
10 %
Score SURVISO
50 %
Taux d'infections nosocomiales contractées sur site
30 %
Satisfaction des attentes des patients
60 %
Taux de satisfaction des patients
40 %
Bilan de la certification V2
X %
Traitement efficace et adapté des pathologies
50 %
Taux de respect des bonnes pratiques médicales
50 %
Amélioration constatée de l'état de santé en consultation post traitement
Clémence MARTY-Hervé MERLIN
Modèle PSV – Hôpital public. Accenture / HEC & ESCP-EAP
25 février 2007


25 ou
0 %
Assurer un service d'urgence réactif
10 %
Temps moyen d'attente
10 %
Ratio personnel médical et infirmier/nombre de patients
10 %
Ratio nombre de médecins/personnel total
10 %
Taux de satisfaction des patients ayant effectué un passage aux urgences
40 %
Pourcentage d'admissions donnant suite à une demande d'hospitalisation
20 %
Pourcentage de demandes d'hospitalisation satisfaites ou transférées dans un rayon inférieur à X kilomètres sous 48 heures
Constituer un élément moteur, intégré et réactif de l'offre de soins du territoire
60 ou
85 %
Assurer les partenariats nécessaires à une prise en charge globale
25 %
Nombre de partenariats avec les structures de transport médicalisée (SAMU, CMUR, 15, structures des collectivités territoriales)
25 %
Nombre de partenariats inter-hospitaliers
25 %
Nombre de partenariats avec des structures sociales
25 %
Nombre de partenariats avec les « fournisseurs » adaptés (banques de sang, organes, matériel médical)
15 %
S'intégrer dans une répartition territorialement équitable de l'offre de soins
100 %
Taux de respect des clauses du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH relatives aux réseaux de soin et aux alternatives à l'hospitalisation
Clémence MARTY-Hervé MERLIN
Modèle PSV – Hôpital public. Accenture / HEC & ESCP-EAP
25 février 2007


Être un pôle d'innovation, de recherche et de formation
20 %
Assurer des missions d'information et de prévention sur le territoire relayant les politiques de santé définies au niveau national
50 %
Nombre d'ETP consacrés à la prévention et à la diffusion d'information
50 %
Nombre de politiques de santé relayées dans les faits par l'hôpital apparaissant au COM signé avec l'ARH
40 %
Anticiper et aider à la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques
20 %
Nombre de brevets déposés
20%
Part du budget dépensée pour la recherche (si indisponible : enveloppe MERI) / ensemble des dépenses
40 %
Part du budget consacrée à l'investissement dans les nouvelles technologies médicales/ensemble des dépenses
20 %
Nombre de publications dans des revues spécialisées
40 %
Assurer la formation continue du personnel aux nouvelles techniques et l'informer des progrès médicaux
50 %
Nombre de jours de formation par employé (personnel médical)
50 %
Nombre de jours de formation par employé (personnel infirmier et para médical)
Répondre aux besoins de formation des étudiants en médecine et para médecine
40 %
Budget consacré à la formation / Nombre d'étudiants
50 %
Classement du pôle universitaire au niveau national (ECN)
10 %
Evaluation par les étudiants de leur scolarité à 1 an
Clémence MARTY-Hervé MERLIN
Modèle PSV – Hôpital public. Accenture / HEC & ESCP-EAP
25 février 2007


Lutter contre l'exclusion sociale et assurer l'accueil de certaines populations spécifiques
25 %
Développer les structures et partenariats avec les instances sociales concernées
50 %
Nombre de structures dédiées à la prise en charge de la précarité disposant d'une permanence dans l'hôpital (PASS, assistante sociale)
50 %
Nombre de partenariats avec des structures sociales externes (centres sociaux, hôpitaux de jour)
10 %
Assurer la prévention et l'information des populations précaires sur leurs droits
100 %
Taux de réponse positive des patients à la question : « Avez-vous été informés de vos droits en cas de situation personnelle de précarité »
40 %
Accueil de populations spécifiques ou précaires
50 %
Montants reçus au titre du MIGAC / Dotation globale + MIGAC
50 %
Versements au titre de la CMU / Versements totaux de l'assurance maladie
25 %
Minimiser les risques financiers correspondants
50 %
Versements effectifs au titre du MIGAC / Montant présenté à l'ARH
50 %
Délai de recouvrement des créances patients
Clémence MARTY-Hervé MERLIN
Modèle PSV – Hôpital public. Accenture / HEC & ESCP-EAP
25 février 2007



Optimiser les ressources humaines et matérielles de l'hôpital
50 %
Piloter et améliorer les principaux indicateurs financiers
20 %
Taux de suivi des médicaments T2A
20 %
Taux de recouvrement à six mois
10 %
Taux de rejet PMSI au niveau du groupeur de l'établissement
10 %
BFR
5 %
Produit à titre subsidiaires / Résultat
10 %
Résultat / Prévisions faites
5 %
Frais financiers / Résultat
10 %
Annuité de remboursement des dettes / Capacité d'autofinancement
10 %
TRI (taux de rendement interne) des immobilisations
30 %
Garantir une allocation optimale des ressources humaines
40 %
Taux d'absentéïsme non justifié ou pour maladie ordinaire, arrêts < 6 jours
40 %
Taux de vacances de postes
20 %
Masse salariale heures supplémentaires / Masse salariale totale
20 %
Garantir la motivation et la sécurité du personnel
15 %
Nombre d'agents de sécurité / Nombre de patients
25 %
Nombre d'accidents du travail / Nombre d'ETP
60 %
Nombre de demandes de mutations / Nombre d'ETP
Clémence MARTY-Hervé MERLIN
Modèle PSV – Hôpital public. Accenture / HEC & ESCP-EAP
25 février 2007

2. Mode d'emploi

La structure du modèle PSV autorise une grande flexibilité qui permet son adaptation aux priorités de chaque établissement, principalement par le levier des pondérations retenues. D'autre part, il est possible de détailler chaque sous-objectif en de nouveaux objectifs, ou bien de rajouter ou de supprimer autant d'indicateurs ou d'objectifs que l'on souhaite, du moment que la contrainte « total d'un niveau de l'arborescence = 100% » est respectée. Nous verrons d'ailleurs plus loin que ce travail de redéfinition régulière est une nécessité.

De la nécessité d'un objectif cible

Les entretiens menés nous ont confirmé la nécessité de déterminer, pour chaque indicateur, un objectif cible en fonction de la norme en vigueur (médicale, législative), de la bonne pratique couramment acceptée, ou bien des objectifs stratégiques de l'établissement en l'absence de toute norme de référence. Idéalement, la valeur prise en compte dans le modèle pour chaque indicateur sera le résultat de la formule : « valeur de l'indicateur obtenue / valeur cible ». On pourra choisir pour la présentation des résultats la présentation suivante :

Objectif

Sous objectif 1	résultat	cible	résultat /cible
x1% Indicateur 1			
⋮			
xn% indicateur n			

……..

Sous objectif N	résultat	cible	résultat /cible
x1% Indicateur 1			
⋮			
xn% indicateur n			

La logique des pourcentages a pour conséquence que chaque objectif et, in fine, la performance globale de l'établissement, est notée sur une échelle de 0 à 1.

3. Explications concernant les objectifs

#1 : Fournir des services de qualité aux usagers de l’hôpital

Garantir la satisfaction des attentes des patients

Le site Internet de l’AP-HP[42] précise que : « La satisfaction des patients est un indicateur de résultat des soins qui permet de prendre en compte certains aspects des soins qui ne peuvent pas être appréhendés autrement (information, relations humaines...), alors qu'ils représentent des éléments importants de l'évaluation du service rendu au patient. Cet indicateur est d'autant plus intéressant qu'il peut prédire l'observance, la fidélité et le pronostic médical des patients. La satisfaction étant un concept subjectif, sa mesure nécessite des précautions méthodologiques : utilisation d'un questionnaire validé d'un point de vue scientifique, recueil des données indépendant de la structure de soins étudiée et à distance de l'épisode considéré. »

Garantir le respect des droits des patients

Le droit au respect de la personne et de son intimité est inscrit dans le titre VII de la Charte du patient hospitalisé de 1995 qui précise que : « le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel. »

Le droit à la dignité est aujourd'hui un droit fondamental. Il est inscrit à l'article L. 1110-2 du Code de la santé publique. En outre, le Conseil constitutionnel, qui est la plus haute juridiction française, lui a reconnu une valeur constitutionnelle (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 - Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît à toute personne le droit d'être informée sur son état de santé, et d'avoir accès à l'ensemble des informations concernant sa santé et détenues par des professionnels et

---

[42] J. Ware et al. “Defining and measuring patient satisfaction with medical care”. *Eval Program Plan* 1983; p6:247-63, cités sur www.aphp.fr, rubrique « Mieux nous connaître – la satisfaction des usagers »

établissements de santé (accès au "dossier du patient"). Elle préconise en particulier en son titre II l'existence d'un dossier médical unique, numérisé et rapidement communicable comme condition nécessaire du respect de ce droit. Dans le même temps, la loi garantit à chaque patient le respect de la vie privée et le secret des informations le concernant. La Circulaire ministérielle du 6 mai 1995 relative à la charte du patient hospitalisé impose en particulier l'existence d'une charte d'établissement synthétique et visible, communiquée lors de l'admission, et incite à garantir le confort, l'intimité et le silence au sein de l'établissement.

Rapidité de la prise en charge

L'article L6111-1 du Code de la Santé publique stipule que : « Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. » Toujours dans la Circulaire ministérielle du 6 mai 1995 relative à la charte du patient hospitalisé, il est inscrit qu'il faut que « les déplacements et les délais d'attente soient le plus réduits possibles ».

Sécurité sanitaire des patients

Selon l'article L6111-1 du Code de la santé publique : « Les établissements de santé mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voies réglementaires » ; « Ils participent à la mise en oeuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés à l'article L. 5311-1, et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire. »

Dans un document édité en 2005 par la Documentation Française, il est précisé que « Le Code de la Santé Publique prévoit ainsi que tous les établissements de santé doivent constituer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et remplir annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre ces infections. De même tous les établissements doivent disposer d'une équipe opérationnelle d'hygiène. » [43]

---

[43] Collectif, *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2003*, La Documentation française, Édition 2005, Partie 3 « Données sur la situation sanitaire et sociale en France »

En particulier, la Circulaire DHOS/E2/2004/176 du 29 mars 2004 impose l'existence et le suivi d'un programme de gestion des risques en établissement de santé. « Ce programme fait l'objet d'un document écrit. Il est présenté pour avis et délibération aux instances. Il est inscrit dans le projet d'établissement et/ou les annexes qualité et sécurité des contrats d'objectifs et de moyens. Le gestionnaire de risque élabore chaque année un rapport d'activité qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement. Il comprend le bilan de l'existant, les risques prioritaires à traiter, les plans d'action et de prévention correspondants, les modalités de suivi et d'évaluation. La problématique d'un système d'information pour la gestion des risques est à intégrer dès la conception du programme. »

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé préconise par ailleurs en son titre IV de porter attention au nombre et aux taux d'accidents sanitaires. Nous tenons à préciser que ces données sont à manier avec précaution en raison de la difficile comparabilité des chiffres obtenus d'une année sur l'autre, ainsi que du caractère parfois non signifiant des données brutes sans le contexte qui y est associé.

Nous avons par ailleurs retenu comme indicateurs les scores ICALIN (Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales), SURVISO (Surveillance des infections du site opératoire) et ICSHA (Indice de consommation de solutions hydro alcooliques)[44]. Ces indicateurs nous semblent d'autant plus pertinents qu'ils sont utilisés dans le cadre du projet COMPAQH, projet phare de recherche soutenu par le Ministère de la Santé et la HAS, sous la maîtrise d'ouvrage de l'INSERM, ayant pour vocation de tester un certain nombre d'indicateurs de performance médicale.

2 : Constituer un élément moteur, intégré et réactif de l'offre de soins du territoire

Assurer un service d'urgence réactif

Il est inscrit à l'article L6112-1 du Code de la santé publique que « Le service public hospitalier(…) concourt(..)Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ». L'article L.6112-2 du Code de la santé publique impose aux établissements assurant le service public hospitalier d'être en mesure d'accueillir les patients de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement de santé. Cet objectif n'étant

---

[44] Voir à ce sujet : Ministère de la Santé et des Solidarités, *Infections nosocomiales : le dossier*, janvier 2007

bien sûr pas applicable aux hôpitaux ne disposant pas d'un service d'urgence, la pondération prévue envisage aussi ce cas de figure.

S'intégrer dans une répartition territorialement efficace de l'offre de soins

L'article L6115-1 du Code de la santé publique dispose : « Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de l'hospitalisation a pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources. » Puis, à l'Article L6114-2, il est inscrit que : « Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements, groupements de coopération sanitaire et titulaires d'autorisations sur la base des schémas d'organisation sanitaire. »

L'Article L6114-3 code santé publique stipule par ailleurs que « Les contrats définissent les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre du plan régional de santé publique. Ils intègrent les objectifs médicalisés d'évolution des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12. Ils comportent le calendrier de la procédure d'accréditation mentionnée à l'article L. 6113-3 ainsi que les engagements nécessaires pour faire suite à cette procédure. Pour les établissements publics de santé, ces contrats précisent également les transformations relatives à leur organisation et leur gestion. Ils comportent un volet social. Dans les centres hospitaliers universitaires, le volet relatif à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation est préparé avec les universités associées et, dans les conditions définies à l'article L. 6114-1, les organismes de recherche. »

Assurer les partenariats nécessaires à la prise en charge globale des patients

Ce point nous a été précisé comme étant capital lors des entretiens que nous avons pu avoir, puisqu'il constitue la principale marge de manœuvre des hôpitaux pour parvenir à une prise en charge globale des patients. Souvent, en effet, un hôpital ne dispose pas en son sein de l'intégralité des compétences nécessaire à la prise en charge intégrale d'un patient lorsque sa pathologie le nécessite (interventions non pratiquées dans l'hôpital sujet, absence de spécialistes). Lorsque sa situation mentale l'indique, le travail en relation avec un centre psychiatrique peut être requis. Lorsque sa situation personnelle et financière, enfin, est en jeu, le lien doit être fait avec les instances sociales compétentes. Enfin, de bonnes relations

doivent être maintenues avec les instances partenaires ou même hébergées sur site, comme c'est par exemple souvent le cas pour l'Etablissement français du sang, car de la qualité des relations établies dépendra le bon traitement et suivi du patient.

3 : Etre un pôle d'innovation, de recherche et de formation au service de l'usager

Assurer des missions d'information et de prévention sur le territoire relayant les politiques de santé définies au niveau national :

On lit à l'article L6111-1 du Code de la santé publique que : « Les établissements de santé, publics et privés, (…) participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. » L'article L6112-1 du Code de la santé publique complète : « Le service public hospitalier(…) concourt(...)aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination »

Anticiper et aider à la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques et favoriser le progrès médical

L'article L6112-1 du Code de la santé publique stipule que : « Le service public hospitalier(…) concourt(...) à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique »

Assurer la formation continue du personnel aux nouvelles techniques et l'informer des progrès médicaux

L'article L6112-1 du Code de la santé publique dispose que : « Le service public hospitalier(…) concourt (…) à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence » « A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ».

Répondre aux besoins de formation des étudiants en médecine et para-médecine

Il est inscrit à l'article L6112-1 du Code de la Santé publique que : « Le service public hospitalier(…) concourt(...)à l'enseignement universitaire et post universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ».

#4 : Lutter contre l'exclusion sociale et assurer l'accueil de certaines populations spécifiques

L'Article L6111-1 du Code de la Santé publique stipule que : « Ils [les hôpitaux publics n.d.l.r.] mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. » ; « Le service public hospitalier(…) concourt(…) A

la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux. » La Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, précise que les PASS doivent non seulement assurer l'accès de ces personnes au système hospitalier, mais aussi leur « prise en charge globale », en partenariat avec les établissements sociaux ou de médicaux[45].

Le Service public hospitalier (SPH) assure aussi les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire (Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.) et, si nécessaire, la prise en charge de ceux-ci en milieu hospitalier ainsi qu'aux étrangers en rétention ou zones d'attente.

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 réaffirme ainsi la dimension sociale de l'hôpital en lui conférant une nouvelle mission, la lutte contre l'exclusion sociale[46]. Elle prévoit également la mise en place de Programmes Régionaux d'accès à la prévention et aux soins. L'article L. 6112-6 du Code de la Santé Publique précise que ces programmes doivent non seulement permettre l'accès des populations précaires aux soins, mais aussi les accompagner dans « les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits »[47]. Ces programmes, fers de lance de la prise en charge de la précarité par l'hôpital, sont relayés dans les établissements de santé participant au service public hospitalier par des Permanences d'Accès aux soins de santé. Ces cellules visent à offrir aux populations en situation précaire des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins.

---

[45] « Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social ».

[46] Art. L 6112-1 du Code la Santé Publique : Loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. « Le service public hospitalier concours à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux ».

[47] Art. L. 6112-6 du Code de la Santé Publique. « Dans le cadre des PRAPS, les établissements qui assurent le service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé visant à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

5 : Optimiser les ressources humaines et matérielles de l'hôpital

Piloter et améliorer les principaux indicateurs financiers

Le site Internet du GMSIH établit les propos suivants : « Ces dernières années, les réformes se sont succédées afin de structurer les établissements de santé sur ces finalités. Après avoir été tournées vers des modalités de contrôle externe de niveau national, elles visent maintenant à donner une plus grande autonomie et une responsabilisation des établissements. Ces réformes obligent les établissements de santé à moderniser leur management et à faire évoluer leur organisation interne. Ce type d'évolution se rencontre d'ailleurs dans l'ensemble des secteurs sous la dépendance de l'Etat – notamment la réforme introduite par la Loi Organique Relative aux Lois de Finance (LOLF). » Les recommandations du GMSIH portent en particulier sur l'existence de tableau de bord permettant le suivi de la bonne gestion de certains postes pour lesquels la marge de manœuvre financière est importante comme les achats, la trésorerie, la gestion de la dette et des investissements. D'autre part, l'information hospitalière est l'une des priorités du Plan hôpital 2012. Ce point justifie par ailleurs l'intérêt de modèles tels que le modèle PSV développé par Accenture.

Garantir une allocation optimale des ressources humaines

L'importance de cet objectif a été soulignée par les responsables interrogés, qui ont tous insisté sur l'allocation des ressources humaines au sens large (personnels médicaux, paramédicaux et non médicaux) comme un enjeu capital. Ceci s'explique par les taux d'absentéisme constatés, mais aussi certaines irrégularités de fait concernant la proportion de personnels médicaux et de médecins dans les différents services, et en particulier d'urgence.

Garantir la motivation et la sécurité du personnel

Le Plan hôpital 2012 intégrera par ailleurs deux dimensions transversales. Il privilégiera, sur le plan social, l'amélioration des conditions de travail des personnels et l'accueil des familles : création d'une crèche à l'hôpital ou à proximité, mise en place de salles de repos adaptées aux conditions de travail des équipes soignantes, installation de dispositifs d'hébergement pour les parents accompagnant leurs enfants. La dimension sécurité est normalement prise en compte dans tout centre hospitalier, mais devient bien sûr un élément capital dans certains services à fortes spécificités comme les services d'urgences ou psychiatriques.

4. Notes concernant les indicateurs retenus

De manière générale, nous n'avons retenu que des indicateurs de résultat et non de moyens. Nous avons cependant, sur la base des entretiens effectués avec les gestionnaires hospitaliers, tenté de n'indiquer que des types de données qu'il est effectivement possible d'obtenir sur la base de technologie existantes et dont la pratique en milieu hospitalier est courante (données extraites des systèmes d'informations ou de leur retraitement par le contrôle de gestion, audits de dossiers, enquêtes de satisfaction).

Les indicateurs retenus nous ont été sélectionnés parmi ceux utilisés de façon régulière dans les hôpitaux de l'AP-HP, ou ceux prônés dans le cadre du GMSIH, qui semblent donc réalistes au vu du panel d'établissements sélectionné par le GMSIH pour mettre en place son kit des tableaux de bord. Ils sont donc pour la plupart opérationnels et éprouvés.

Les différents indicateurs retenus nous semblent parfois mériter des explications complémentaires, ainsi que des détails méthodologiques.

Taux de satisfaction des patients

Nous n'avons indiqué ici un indicateur général de satisfaction, qui peut être décliné en divers indicateurs de satisfaction portant par exemple sur la prise en compte par le personnel hospitalier de la douleur, le confort des chambres, la qualité de service au sein de l'établissement (restauration, blanchisserie, présence ou non de téléviseurs, etc).

Il est à noter par ailleurs que ceci nécessite d'avoir au sein de l'établissement une véritable approche clients, impliquant la mise en place sur une base régulière de tests à 30 jours, par exemple par entretien téléphonique, auprès des patients ayant été hospitalisés ou ayant consulté dans l'établissement hospitalier concerné.

La possibilité d'établir un tel questionnaire et la capacité de traitement des informations recueillies sont ici présupposées, mais nécessiteront peut être dans certains établissements des travaux de réflexions, de mise en place d'outils ou bien des dépenses de sous-traitance. Un raisonnement analogue peut être tenu chaque fois que le « taux de satisfaction » concernant un sujet précis est retenu comme indicateur.

Score ICALIN, ICSHA, SURVISO, et taux d'infections nosocomiales

Compte tenu du format des évaluations, on pourra considérer par exemple le barème suivant pour l'indice ICSHA : un score de 1 pour une évaluation sanctionnée par un A, et de 0 pour une évaluation sanctionnée par un F, avec des paliers de 0,2 pour chacune des notes intermédiaires.

Le score ICALIN faisant l'objet d'une notation sur 100, son utilisation ne pose pas de problème particulier. De même, l'indicateur SURVISO étant la fréquence de complication infectieuse des actes opératoires, il s'échelonne entre 0 et 1.

Nous avons tenu, suite aux remarques d'Jérôme Cottard, à faire apparaître un taux d'infections nosocomiales contractées sur site, indice le plus solide et sans biais d'évaluation.

Concernant les urgences

Nous avons minimisé le poids du temps d'attente aux urgences, et fortement pondéré celui du pourcentage d'admissions donnant effectivement lieu à une demande d'hospitalisation. En effet, minimiser le temps d'attente est un objectif inflationniste en termes de ressources mis en œuvre. Dans la majorité des cas, seule une fraction minime des admissions aux urgences donne lieu à hospitalisation (environ 5%). Comme nous l'a affirmé Jérôme Cottard, un service d'urgence efficace est en réalité un service d'urgence qui traite le maximum de cas réellement urgents, et qui sait sous-traiter les consultations ne relevant pas de l'urgence, mais de la médecine de ville. C'est de cette manière que l'on doit augmenter la rapidité de prise en charge, et pas forcément en augmentant les moyens matériels et humains. Ainsi, pondérer fortement la fraction des admissions aux urgences débouchant sur une demande d'hospitalisation encourage par ailleurs le développement des partenariats nécessaires, ainsi que l'éducation des patients.

Ratio Nombre de médecins / Personnel total

Si le ratio entre le nombre de patients aux urgences et le nombre de médecins et infirmiers présents est généralement accepté, nous avons introduit un ratio « Nombre de médecins / Personnel total » au sein des urgences, à la suite des discussions que nous avons pu avoir avec des professionnels. En effet, il s'est avérer qu'un non dit planait concernant la sous représentation, aux urgences, du personnel médical qualifié, avec des transferts de

permanences ou tout simplement des absences. Il nous a semblé important d'ajouter cet indicateur afin de lever le voile sur une réalité des urgences.

Pour ces deux ratios, il faut par ailleurs considérer les temps de présences effectifs et non ceux planifiés.

Taux de respect des clauses du COM signé avec l'ARH relatives aux réseaux de soin et aux alternatives à l'hospitalisation

Les clauses du contrat d'objectifs et de moyens (COM) signé avec l'ARH relatives aux réseaux de soin sont en général relativement explicites et évaluables, avec des formulations du type : « développer des réseaux avec les CHU X,Y et Z », « conclure x conventions cadres » ou encore « embaucher tant de praticiens hospitaliers ».

Cet indicateur laisse néanmoins une large place à l'interprétation du COM, puis à la déclaration de l'hôpital. Pour lever le doute, il peut être utile de comparer le COM aux dispositions du SROS qu'il reprend à son compte.

Taux de suivi des médicaments T2A

Dans le cadre de la tarification à l'activité, certains médicaments coûteux ne font pas l'objet de rétrocessions automatiques à l'établissement par l'assurance maladie : ils sont communément baptisés les « médicaments T2A ». Ces dépenses sont récupérables sur justification de la pertinence de leur prescription uniquement ; le calcul de ce taux consiste à calculer le montant des médicaments T2A prescrits en période T effectivement rétrocédé / montant total facturé de médicaments T2A sur la période T.

Bien entendu, un l'attention portée à ce taux est indissociable d'une attention à l'évolution temporelle du délai de rétrocession des dépenses liées à ces médicaments T2A, comme cela peut être fait pour un délai de règlement clients classique. Le bon calcul de ce taux nécessite d'ailleurs un système capable de prendre en compte cette différence temporelle.

La T2A n'est applicable qu'au titre 1 de dépenses, mais cela représente souvent 85% à 90% des dépenses de fonctionnement de l'hôpital. Le suivi de cet indicateur est donc tout à fait recommandé.

Taux de rejet PMSI au niveau du groupeur de l'établissement

Cet indicateur permet de rendre compte du bon codage des activités. Dans le cadre du PMSI, chaque activité est en effet codée, et de son bon codage dépend la bonne rétrocession des fonds correspondants à l'hôpital.

Indicateurs d'accueil des populations spécifiques ou précaires

Il nous a semblé pertinent de considérer que la proportion des rétrocessions au titre de la CMU et du MIGAC par rapport au total des dépenses rétrocédées donne une bonne vision de la proportion de populations défavorisées (CMU) et spécifiques (MIGAC) accueillies effectivement au sein de l'établissement.

Ici plus qu'ailleurs, il sera important de bien choisir l'objectif cible, qui diffèrera de façon très importante d'un hôpital à l'autre, en fonction de la réalité sociale du bassin de vie dans lequel se situe l'hôpital. Cette réalité est évaluée au moment de la détermination du SROS, et sert de pilier à l'établissement du contrat passé avec l'ARH.

Concernant l'information des populations précaires sur leurs droits

Nous avons choisi de faire entrer l'évaluation de ce sous-objectif dans le cadre des enquêtes de satisfaction précédemment évoquées. Il s'agit donc ici d'une évaluation reposant sur des données déclaratives, destinée à vérifier que ces informations sont effectivement communiquées. Néanmoins, elle figure parmi les missions des PASS, dont l'existence fait l'objet d'un autre indicateur.

La certification V2

Il s'agit du bilan de la certification de l'établissement par la Haute Autorité en Santé (HAS), dans le cadre de la deuxième réforme du Plan Hôpital 2007. Nous proposons sur la base des quatre conclusions possibles le barème suivant : sans recommandation = 1, avec recommandation = 0,66, avec réserve = 0,33, avec réserve majeure = 0.

Accordée par l'ANAES (Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé), la certification V2 émet un diagnostic sur : le patient et sa prise en charge, le management et la gestion au service du patient, la qualité et la prévention. En particulier,

concernant les droits des patients, sa section DIP (Droits et Informations des Patients) comporte 9 points à satisfaire[48].

C. Explication des choix méthodologiques effectués

1. Notre méthodologie

Nous avons défini un certain nombre d'objectifs et de sous-objectifs des hôpitaux publics en nous référant à différentes sources officielles et juridiques, mais aussi en consultant les projets d'établissement de différents hôpitaux. Nous avons de plus confronté ces objectifs avec ceux énoncés dans le Programme Offres de soins et qualité du système de soins de 2006, aux grandes lignes du Plan Hôpital, ainsi qu'avec l'avis des directeurs ou responsables hospitaliers rencontrés, dont les comptes-rendus d'entretiens figurent en annexe.

Ces derniers nous ont aussi été utiles afin d'établir des indicateurs pertinents pour chacun de ces objectifs, en fonction de la réalité concrète des hôpitaux et pas seulement de la pure théorie. Ces indicateurs ne sont pas tous quantitatifs, nous nous sommes réservé la possibilité d'établir des indicateurs plus qualitatifs lorsque cela était pertinent, du fait par exemple de l'intangibilité de certains critères, ou encore de la nécessité d'introduire de la flexibilité dans le modèle.

Quatre grands objectifs d'efficacité, en plus de l'axe « efficience », sont ainsi ressortis de l'analyse, déclinés en divers sous-objectifs et indicateurs, que nous justifierons et détaillerons l'un après l'autre. La pondération établie tient compte à la fois du nombre d'occurrences de chaque objectif ou indicateur dans les textes officiels, mais aussi des entretiens réalisés.

2. Un modèle à la frontière de la mesure de la performance et de l'évaluation des politiques publiques

Plusieurs éléments nous ont fait choisir une approche plus évaluatrice que managériale. Etant donnée la densité du corpus de lois et textes réglementaires détaillant les missions d'un hôpital public, ainsi que la part jouée par l'ARH et le SROS dans la stratégie d'un établissement public, nous avons considéré que les possibilités d'actions stratégiques

[48] François Ponchon, *Les droits des patients à l'hôpital,* PUF, Collection « Que sais-je ? », 1999

étaient limitées. Elles se limitent à nos yeux au meilleur accomplissement des missions de service public qui lui sont assignées. Contrairement au tableau de bord proposé par le GMSIH, l'outil que nous avons développé est donc plus un indicateur du bon service public rendu qu'un outil de pilotage « managérial ». Les objectifs qu'il poursuit le rapprochent donc sans doute plus de l'évaluation des politiques publiques.

3. Le rejet d'indicateurs classiques de qualité médicale

Les indicateurs « traditionnels »

Lors de l'élaboration de ce modèle, nous avons été confrontés à l'absence de consensus et de documentation « officielle » sur les indicateurs de résultats médicaux. Les indicateurs les plus souvent cités en ce qui concerne la qualité médicale nous ont semblé peu pertinents. Ce sont par exemple : « le volume d'activité, le taux de mortalité, l'attractivité, la durée moyenne de séjour, le taux d'infections nosocomiales et le taux de césariennes[49] ». Le même article de la revue Etudes et résultats de la DREES critique sévèrement ces indicateurs. Concernant par exemple le volume d'activité, il nous semble vide de sens s'il n'est rapporté aux coûts correspondants et aux objectifs du SROS. D'un point de vue strictement médical, le volume d'activité ne renseigne pas sur la nécessité et le caractère pertinent de tous ces actes, d'autant plus qu'au-delà d'un seuil critique, il a été démontré qu'il nuisait à la qualité des soins. La mortalité hospitalière, pareillement, ne vaut pas en tant qu'indicateur isolé, déconnecté des spécialités auxquelles il se rattache ; surtout, s'agissant d'une moyenne, il nécessite pour être parlant et détecter des écarts significatifs de travailler sur des échantillons importants, sans quoi le caractère moyen gomme les cas exceptionnels qui doivent pourtant être regardés de près. Quant à l'attractivité, on ne sait pas aujourd'hui encore mesurer très exactement la part de patients provenant d'un département autre que celui où se trouve l'hôpital ; ceci est d'autant plus problématique que, comme nous l'évoquons par ailleurs, la notion de bassin de santé est bien plus parlante que celle de département. La durée moyenne de séjour, si elle peut certes être un indice de bonne organisation administrative, ne constitue en aucun cas un indice de bon traitement, car elle peut être synonyme de bâclage des soins, ou de mauvaise prise en charge de populations précaires ou âgées. Le taux de césariennes, typiquement, est l'apanage d'un certain type de pôle et, de surcroît, ne peut être isolé des

[49] Pierre Lombrail, Michel Naiditch, Dominique Baubeau et Philippe Cuneo, "Les éléments de la "performance" hospitalière : les conditions d'une comparaison" in *DREES Etudes et résultats* n°42, décembre 1999

catégories sociales de patients auxquelles il se rattache. On peut donc retenir que la plupart de ces indicateurs « traditionnellement » étudiés par le passé ne sont pas des bons indicateurs de performance, principalement parce qu'ils doivent être reliés à d'autres données pour devenir parlants, et d'autre part parce qu'ils étaient dissociés de la notion de « bonne pratique ». De manière générale, aucun de ces indicateurs n'est donc fiable ou généralisable, à l'exception des infections nosocomiales sur lesquelles un consensus s'est établi.

L'avis critique des professionnels

Nous avons par la suite rencontré Annick de Camars, responsable de la mission performance médicale (qualité des soins) à l'AP-HP. Il faut noter que l'AP-HP est fort avancée dans l'évaluation de la performance et de la qualité : elle pratique depuis six ans des enquêtes de satisfaction auprès des patients, et a développé un tableau de bord relatif à la performance commun à l'ensemble de ses établissements, qui fonctionne depuis déjà dix huit mois et intègre une dimension qualité. Structure pionnière, elle participe actuellement de façon active et décisive aux groupes de réflexions menés au niveau national sur la performance hospitalière, et en particulier médicale.

Ainsi que l'a souligné Annick de Camars, s'il est possible d'évaluer de nombreux points (accessibilité aux soins, continuité des soins, rapidité, sécurité), deux domaines cruciaux appartenant à la qualité des soins sont plus problématiques, à savoir la pertinence de ces soins (bonnes pratiques) et les résultats proprement dits (guérison ou amélioration de l'état de santé). Même si les tests effectués par entretien sur des échantillons représentatifs, ainsi que les audits de dossiers médicaux peuvent donner des éléments d'évaluation sur ces sujets, il faut noter que ce type de données est encore très fragile :

- du fait de l'inégale tenue des dossiers médicaux,
- du fait qu'il s'agit de données déclaratives, dont la représentativité statistique n'est pas toujours avérée ou alors très lourde en termes de coûts de l'information,
- du fait de la difficile gestion des cas exceptionnels et de leur prise en compte dans les résultats : l'avancement des hôpitaux sur ces sujets et les dossiers médicaux ne permettent pas toujours d'apporter à l'évaluation le raffinement nécessaire. Le consensus n'existe pas aujourd'hui chez les médecins, et il est donc difficile d'engager leur responsabilité concernant la performance médicale,

- du fait, enfin, de l'absence de moyenne ou de norme nationale ou mondiale, puisque ces sujets sont encore à l'étude en France et dans de nombreux pays.

Néanmoins, pour certaines spécialités, des méthodes existent ou sont facilement applicables. A titre d'exemple, les soins de suite et la rééducation font l'objet à l'AP-HP d'un indicateur d'amélioration de l'indépendance fonctionnelle, facilement observable sur une telle spécialité. Par ailleurs, dans de nombreux domaines médicaux, l'accord se fait aujourd'hui sur les « bonnes pratiques » médicales à observer, même si la gestion de l'exception reste problématique dans le cadre d'un modèle systématique d 'évaluation.

L'indicateur d'efficacité du traitement des pathologies est donc indiqué ici à titre exemplaire et « idéal », sur la base de méthodes qui en sont encore à leurs balbutiements, ou qui sont encore l'objet de polémiques épistémologiques ; son applicabilité réelle et généralisée à l'échelle d'un établissement nécessiterait sans doute des moyens qui n'existent pas encore aujourd'hui, à la fois scientifiques (informatisation de données médicales très détaillées, consensus sur les bonnes pratiques, système national pour tracer et évaluer la mortalité) et financiers (coût de remplissage de dossier médical pour l'établissement, coût des audits de patients et de leur traitement). Il nous semble cependant intéressant de mentionner ce point qui constitue à nos yeux l'avenir de la recherche sur l'évaluation de la performance hospitalière.

4. L'utilisation d'une vaste palette de types d'indicateurs

Cet outil se veut fidèle à la méthodologie Accenture selon laquelle « You get what you measure ». En d'autres termes, il s'attache à la traduction en indicateurs quantifiables des objectifs qui sont attribués à l'hôpital public, car plus les indicateurs sont quantifiés, moins ils sont discutables et plus cela encourage l'amélioration de la performance. Certaines dimensions de l'action de l'hôpital public ne pourront cependant trouver de traduction chiffrée immédiate, comme par exemple la prévention médicale, l'information des populations défavorisées sur leurs droits, le caractère apprenant de l'organisation, etc. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de faire appel à une large gamme de types d'indicateurs. Comme nous l'avons vu précédemment, l'OMS distingue quatre grandes méthodes de mesure de la performance en milieu hospitalier. Ce sont les « enquêtes de satisfaction », les « inspections » (plus précisément sanitaires), les « certifications établies par un tiers » (comme dans le cadre de la certification V2, par exemple), et enfin les « indicateurs statistiques ». Il faut bien sûr y rajouter les données extraites des systèmes d'information en

place, qui assurent une fiabilité maximale. Cette fiabilité n’est pas toujours garantie pour les autres méthodes, dont l’OMS précise : « (…) most of which have never been tested rigorously. Evidence of their relative effectiveness comes mostly from descriptive studies rather than from controlled trials[50] ».

Lorsque aucun de ces types d’indicateurs n’était disponible, nous avons tenté de nous rattacher à une donnée chiffrée, comme par exemple le nombre d’occurrences d’un événement ou objet.

5. Cohérence et exhaustivité des indicateurs choisis

Nous avons essayé de faire en sorte que les indicateurs sélectionnés soient, en termes de nombre et de contenus, cohérents avec les recommandations ou les choix effectués par certaines instances de référence.

Les directives du GMSIH

Les documents publiés par le GMSIH attestent de la cohérence des indicateurs que nous avons choisis dans le cadre de l’application du modèle PSV développé par Accenture. Nous avons certes pris de la distance par rapport à la formulation et au contenu exact de ces objectifs, afin de supprimer ceux pour lesquels la marge de manœuvre de l’hôpital est faible. Ces directives du GMSIH relatives au Pilotage des établissements de santé[51] s’expriment de la façon suivante :

« Un établissement de santé doit globalement répondre à trois grandes finalités stratégiques : 1. Répondre aux besoins de santé tels qu’ils s’expriment dans le cadre du territoire de santé auquel il appartient, conformément aux orientations du schéma régional d’organisation sanitaire. 2. Assurer la qualité de son activité, dans le cadre notamment de la meilleure prise en charge possible du patient. 3. Optimiser son efficience économique et organisationnelle ».

50 C. Shaw (World Health Organization, Regional Office for Europe, HEN=Health evidence network), *How can hospital performance be measured and monitored?,* Copenhague, 2003.

51 GMSIH, Pilotage des établissements de santé – Définition des projets Pilotage. *Enjeux du pilotage de la performance pour les établissements de santé : passer d’une logique d’obligations externes à une logique de volonté managériale interne. Version 1.0.*

Le Plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP

Le conseil d'administration de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), a adopté, lundi 21 mars 2005, les orientations générales du Plan stratégique pour les années 2005 à 2009. Nous avons cité ici certains des passages directement liés aux objectifs qui nous préoccupent ici, et qui nous semblent parler d'eux-mêmes :

« ce projet porte quatre ambitions majeures : une plus forte réactivité pour mieux répondre aux attentes des malades et de leurs familles, un renforcement de l' attractivité tant du point de vue des patients que des personnels et des étudiants, une dynamique d'efficience et d'innovation accrue et une ouverture plus nette vers l'extérieur, notamment les autres acteurs du soin et les partenaires du secteur médico-social. »

« Pour assurer au mieux ses missions de service public, l'AP-HP devra tout particulièrement se mobiliser pour procéder à un certain nombre de réorganisations qui permettront de dégager du temps médical et soignant en vue d' améliorer la fluidité de la prise en charge, la réponse aux besoins des malades âgés dont le nombre ne cesse de croître, l'accueil des personnes vulnérables et des malades atteints de cancer. »

L'AP-HP y déclare par ailleurs avoir les ambitions suivantes :

- Répondre à l'évolution des besoins et des attentes de la population en augmentant l'offre de soins et en améliorant la qualité de la prise en charge des patients tant dans ses dimensions humaines que médicales. Pour une AP HP plus proche de ses patients

- Conjuguer ses vocations de CHU d'Ile de France, hôpital référent national et de proximité, en développant une offre de soins harmonieuse au cœur d'un réseau de partenaires sanitaires, universitaires et sociaux. Pour une AP HP plus juste et plus coopérative

- Servir plus efficacement le malade, en utilisant au mieux les ressources disponibles grâce à une organisation repensée, gage de qualité et de sécurité. Une A HP plus sûre, plus performante et plus innovante parce que plus moderne dans son organisation.

- Une prise en charge plus proche, plus sûre, plus juste

Le projet PATH de l'OMS

Le nombre d'objectifs et de sous-objectifs retenu dans notre modèle PSV (respectivement 5 et 19) est cohérent avec celui prôné par l'OMS dans le cadre du projet PATH (respectivement 6 et 18[52]).

En revanche, nous n'avons pas adopté l'approche transversale de deux des six objectifs retenus par le projet PATH, puisque ceux-ci ne peuvent du coup être assortis d'indicateur (le croisement entre deux indicateurs étant complexe à mettre en place et peu parlant pour le décideur).

D. Les difficultés rencontrées

1. Faut-il ou non introduire une pondération ?

La question de la pondération des différents objectifs retenus s'est posée à nous à plusieurs stades d'avancement de nos travaux. Au moment de l'établissement de pondérations au sein de notre modèle, il nous est apparu difficile de « trancher » en faveur d'un objectif plutôt qu'un autre. Dans un article théorique co-écrit par des médecins chercheurs et des employés ministériels, nous avons pu lire les propos suivants qui résumaient nos inquiétudes : « la construction d'échelles de pondération entre un ensemble d'indicateurs de nature différente apparaît problématique. Elle équivaut, en effet, à établir une hiérarchie de valeurs entre la satisfaction des patients, l'absence de complications, les résultats sur l'état de santé, la pertinence des actes ou le coût, hiérarchie qui reflète des jugements subjectifs non exprimés ou soumis à débat.[53] »

Néanmoins, nous avons choisi de conserver cette pondération pour deux raisons. La première, c'est qu'en terme de volume et de nombre d'occurrences dans les textes et lois trouvés, tous les objectifs n'étaient pas équivalents entre eux. Nous avons tenté de refléter ces inégalités. Par ailleurs, la pondération se justifie dans une optique d'action, elle peut constituer une marge de manœuvre en termes d'orientation stratégique de l'établissement : en

---

[52] Jérémy Veillard, Ann-Lise Guisset, Mila Garcia-Barbero (World Health Organization, Regional Office for Europe), *Selection of Indicators for Hospital Performance Measurement, A report on the 3rd and 4th workshop*, Barcelona, 2003

[53] Pierre Lombrail, Michel Naiditch, Dominique Baubeau et Philippe Cuneo, "Les éléments de la "performance" hospitalière : les conditions d'une comparaison" in *DREES Etudes et résultats* n°42, décembre 1999

pondérant un objectif plus qu'un autre, il rend son amélioration plus urgente. C'était d'ailleurs les raisons de General Electrics lorsqu'ils avaient introduit dans leur modèle précurseur du balanced scorecard une pondération.

Ceci étant dit, il est clair qu'en introduisant la possibilité de faire varier les pondérations d'un établissement hospitalier à l'autre, nous entravons la comparabilité des résultats d'un établissement à l'autre. Pour comparer la performance des établissements entre eux, il faudrait alors effectuer des comparaisons indicateur par indicateur. « Si le principe d'un classement de la « qualité globale » des hôpitaux est méthodologiquement contestable, il semble néanmoins intéressant et possible de chercher à déterminer un ensemble d'indicateurs dont les conditions d'utilisation à des fins de comparaison soient établies sur des bases scientifiques[54] ».

2. Ne retenir que les indicateurs ou données disponibles : un écueil méthodologique

La plus grosse difficulté rencontrée lors de la phase de réflexion en amont de l'établissement du modèle a sans doute été de savoir si nous devions ou non prendre en compte une remarque récurrente qui nous a été faite de la part des consultants d'Accenture ou des professionnels de la performance hospitalière rencontrés. Cette remarque peut être synthétisée de la façon suivante : « s'il est difficile d'obtenir les données pour alimenter un indicateur, supprimez cet indicateur ». La formulation réelle différait néanmoins selon les interlocuteurs. Pour Accenture, il s'agissait d'alimenter rapidement certaines sections du modèle afin de démontrer son utilité par du chiffre. Durant notre entretien, Judith Martin nous a précisé qu'entre les indicateurs rêvés et les indicateurs retenus dans le modèle AP-HP, il avait fallu écarter ceux dont l'alimentation serait trop difficile compte tenu des systèmes existants. Laure Huyneux, de la même manière, nous a conseillé de « commencer petit », avec d'abord ce que l'on sait faire. Là encore, l'impératif était de gagner du temps, de mettre en place un modèle le plus rapidement possible.

Cependant, nous étions réticents à une telle approche pour deux raisons. La première est d'ordre méthodologique et scientifique : il y a en effet à nos yeux une forme d'inversion méthodologique à vouloir évaluer une entité en fonction de ce qu'elle fait déjà ! Il nous semble au contraire que la révélation de zones d'ombres dans la mesure de la performance

[54] Pierre Lombrail, Michel Naiditch, Dominique Baubeau et Philippe Cuneo, op.cit.

doit être facteur d'apprentissage, et une stimulation pour affiner les indicateurs retenus. C'est d'ailleurs l'approche retenue par l'OMS : « indicators should not be excluded merely because they require regularly missing or inaccurate data. On the contrary, they should be used as an opportunity to identify and respond to a need for education and improvement leading to more effective information systems.[55] » La seconde tient à l'objectif final du modèle que nous cherchions à construire, qui était non un tableau de bord, mais un modèle devant évaluer la performance globale d'un établissement (cf. infra) : il était donc impensable d' « oublier » une dimension de ce qu'est la performance hospitalière sous prétexte que l'avancement scientifique ou technologique ne permet pas son évaluation immédiate. L'idée était donc pour nous d'éviter au maximum de rester dans les limites imposes par l'état d'avancement actuel de la mesure de la performance. En fin de compte, nous avons donc choisi, lorsque les techniques d'évaluation n'étaient pas encore existantes ou au point, de retenir un indicateur approchant, ou d'en définir un facile à obtenir parce que fondé sur une des cinq méthodologies décrites plus haut.

3. Des modèles qui véhiculent potentiellement une idéologie

La forme des modèles inspirés du balanced scorecard en fait des modèles teintés idéologiquement s'ils ne sont maniés avec précaution. Dans ces modèles, et a fortiori dans le nôtre, les grandes missions définies pour un établissement hospitalier sont en effet déterminantes pour la suite quant à ce qu'il est ou non pertinent d'analyser, ce qui n'est pas le cas dans une approche procédurale comme celle du modèle danois. Dans le cas des objectifs que nous avons choisis, s'il est aisé de s'accorder de façon neutre sur la qualité des soins, les droits des patients, l'excellence médicale, nous sommes bien conscients que l'objectif ayant trait à l'accueil des populations en situation de précarité n'est pas une évidence universellement reconnue ; nous avons insisté pour l'intégrer puisqu'elle procède d'un corpus de lois relativement indiscutable, mais l'approbation de ce choix n'a pas été unanime, tant les convictions personnelles et politiques rendent ce sujet sensible.

D'autre part, étant donné l'état d'avancement de la mesure de la performance dans les hôpitaux publics, il convient de rappeler que dans les industries privées traditionnelles, les

---

[55] Jérémy Veillard, Ann-Lise Guisset, Mila Garcia-Barbero (World Health Organization, Regional Office for Europe), *Selection of Indicators for Hospital Performance Measurement, A report on the 3rd and 4th workshop*, Barcelona, 2003, p16

ERP ont été installés de façon massive, généralisée, dans le but d'obtenir potentiellement n'importe quel type d'information sur tous les domaines de l'entreprise. Or dans le cas des hôpitaux publics, la chronologie est différente, puisque la réflexion se fait d'abord sur ce que l'on souhaite obtenir, et l'on ne met en place qu'ensuite le système nécessaire, dans une logique louable d'économie de moyens. Le risque est grand, par conséquent, de voir certains champs futurs de la performance laissés de côté si l'on n'y prend garde. "In policy and strategic decisions, in organizations as well as society and the economy, technology sets limitations and provides alternative directions.[56]" Les auteurs cités ici dressent un parallèle avec les stratégies militaires et géopolitiques adoptées par les Etats Unis pendant la seconde guerre mondiale et la Guerre Froide, expliquant que ces stratégies furent en grande partie déterminées par l'état de la recherche sur les technologies militaires. Notre interlocuteur chez Accenture nous a communiqué les travaux intermédiaires d'un autre groupe d'étudiants de l'IEP de Paris traitant de la performance d'un établissement scolaire ; sur le sujet sensible de l'éducation, touchant à la transmission de valeurs, la déclinaison des différents objectifs est à regarder de près. Concernant la socialisation par l'école, par exemple, des questions vont se poser en fonction de ce qu'on entend par socialisation : confrontation à l'altérité (mixité sociale, socialisation informelle et groupes) ou participation à des activités en commun (sport, options scolaires) ? La seconde, facilement mesurable, se retrouvera donc évidemment dans le modèle, mais la première risque d'en être écartée alors qu'elle est sans doute encore plus fondamentale.

Nous sommes par ailleurs totalement conscients du fait que ce modèle, et d'une manière générale la tendance naissante à vouloir mesurer la performance des établissements hospitaliers, procède déjà d'une certaine forme d'idéologie, car elle relève d'un positivisme, d'un culte de la performance hyper-moderne. Nous aborderons ce point par la suite.

4. Le paradoxe fondamental soulevé par la difficulté de l'évaluation des performances médicales

Nous avons évoqué plus haut combien l'évaluation de la qualité médicale était un sujet à la fois sensible et encore peu avancé d'un point de vue de l'harmonisation et de la définition d'indicateurs fiables. Or il nous semble que là réside un des grands paradoxes de notre sujet, à

---

[56] Eliezer Geisler, Ori Heller, *Management of Medical Technology*, Boston/Dordrecht/London, Kluwer Academic publishers, 1998, p41

savoir que le cœur de métier de l'hôpital, à savoir accompagner, soigner et guérir, est la part de son activité la plus difficilement évaluable. Cela explique le foisonnement de groupes de travail sur le sujet. On peut cependant légitimement s'étonner de l'acharnement à vouloir rationaliser un domaine qui frôle avec la philosophie, avec la capacité à lutter contre la maladie, la décomposition et la mort. C'est la raison pour laquelle nous posons la question suivante « qui a intérêt à ce que ces domaines soient évalués ? A quel point cette volonté relève-t-elle d'un culte de la performance ? » ces points feront l'objet de la dernière partie de ce mémoire.

VIII. Les enjeux pour le management public hospitalier

Nous pouvons à présent percevoir que la mise en place de modèles de mesure de la performance hospitalière est une tendance de fond aujourd'hui. En créant notre propre modèle, nous avons pu discerner des enjeux importants pour le management public hospitalier

A. L'apparition de nouvelles fonctions et leur traduction en terme de production de données

1. Des besoins de compétences nouvelles

En raison de cette tendance vers plus d'évaluation, on peut préjuger d'un gonflement au sein du management hospitalier des effectifs et des moyens alloués aux fonctions de contrôle et de pilotage : contrôle de gestion, responsables et meneurs d'enquêtes, reporting, stratégie. Il nous a été d'ailleurs été confirmé lors de nos divers entretiens que l'hôpital public recherchait actuellement avec assiduité ces nouvelles compétences .

Cette évolution qui voit le jour au sein du monde hospitalier entérine le succès de certaines composantes du New Public Management (nouvelle gestion publique). Il s'agit en particulier de la séparation des fonctions stratégiques, de pilotage, de conception et de contrôle d'une part, et des fonctions opérationnelles et de mise en œuvre d'autre part ; parallèlement, le renforcement des capacités de prévision, de coordination et de pilotage des administrations centrales et des instances exécutives est tout aussi caractéristique du New Public Management. Les groupes de travail (AP-HP, groupement des CHU, projet COMPAQH, bureau européen de l'OMS, groupes de travail spontanés), agences (GMSIH, OMS) se multiplient et s'emparent du sujet de la performance hospitalière.

2. De nouveaux besoins en termes d'information

Il va de soi que le développement de tableaux de bords, de modèles d'évaluation, de comités de pilotage, etc, entraîne un besoin croissant de données, dont la plupart sont encore inexistantes ou encore en phase de test dans une minorité d'hôpitaux en pointe sur ces sujets en France. Si cette tendance se poursuit, il faut donc s'attendre au développement considérable des systèmes d'informations. Ceci est d'autant plus vrai qu'au sein du monde des gestionnaires hospitaliers, et même parmi les gestionnaires ayant une formation de médecin, la volonté est à l'informatisation maximale des données de toutes sortes, y compris

médicales. En effet, ceci permettra à terme le recueil systématique de ces données sur 100 % des patients. Le manque de représentativité associé à la sélection d'un échantillon pourra donc être dépassé : les risques d'erreurs statistiques seront donc nuls.

On assistera sans doute aussi au développement d'un véritable marché relié à ces sujets : sous-traitance des tests qualitatifs rendus nécessaires par le développement de l'attention portée à la satisfaction du patient, maîtrise d'ouvrage pour la mise en place ou le perfectionnement des systèmes d'information.

3. La question du coût associé à ces changements

Dans ces conditions, il devient intéressant de soulever la question du coût associé à l'apparition de ces nouvelles fonctions, au développement des systèmes d'informations ainsi qu'au recueil de données statistiques. Ces coûts peuvent être d'ordre humain (masse salariale des nouvelles compétences embauchées), matériel (systèmes), ainsi qu'organisationnels (conduite du changement, formation). Ce seront aussi probablement des coûts de matière grise (rémunération du temps passé à la réflexion sur le thème de la performance, et plus particulièrement pour l'avenir de ce qu'est la performance médicale proprement dite, puisqu'il s'agit du thème le moins balisé aujourd'hui). Il sera aussi intéressant de considérer l'usage qui sera fait de toutes ces informations. Comme le résume Didier Joliot à propos des systèmes d'information : « La performance informatique est fonction des coûts associés, du niveau d'utilisation des potentialités du système, des délais d'obtention et enfin de la qualité des données obtenues[57] ».

Il est donc intéressant de s'interroger sur les bénéfices attendus en retour en termes de réduction de coût et/ou d'amélioration de la performance. La plupart des projets étant encore en phase de test, ceci serait au jour d'aujourd'hui encore prématuré. Les premières évaluations évoquées plus haut, concernant les ARH, par exemple, sont alarmantes. Pour autant, la conclusion des rédacteurs n'a pas été de lever le pied sur le développement de l'amélioration de la performance, mais au contraire de mettre l'accent sur ces sujets à l'avenir.

---

[57] Didier Joliot, *Définir la performance des systèmes d'information*, Hermès Sciences, Paris, 2003

B. Le nécessaire développement d'une gestion du risque

1. Performance et anticipation du risque

Lors de notre entretien, Luc Cousin, directeur adjoint de cabinet de l'AP-HP, a souligné le fait que l'attention portée à la performance d'un établissement doive toujours se doubler d'un travail de cartographie des risques. En effet, un minuscule grain de sable, un écart infime, peut venir ruiner le travail effectué, tout performant qu'il fut.

Michel Sfez et Patrick Triadou rendent bien compte de l'importance de ce thème pour les hôpitaux publics et de l'enjeu qu'il représente dans le cadre des évaluations de la performance : « Face à l'évolution favorable de la jurisprudence et face à la médiatisation des risques hospitaliers, les usagers n'hésitent plus à mettre en cause la responsabilité de l'hôpital. De plus, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée oblige les établissements de santé à s'engager dans la procédure d'accréditation dont la maîtrise des situations à risque est l'un des axes prioritaires. De ce fait, la mise en place d'un système de gestion des risques dont l'objectif est d'assurer la sécurité des patients, du personnel et des visiteurs de l'établissement apparaît alors nécessaire. »[58]

La notion de gestion des risques est largement utilisée dans l'industrie, surtout là où les risques que l'activité fait courir aux personnes sont importants[59]. L'exemple classique est celui de l'aviation civile où la réduction des risques a été une préoccupation constante. La notion de risque en médecine est beaucoup plus récente et marquée par une enquête publiée dans la presse médicale américaine au début des années 1990[60]. Il est intéressant de remarquer que la dimension de risque est apparue d'abord sous sa forme médicale, stigmatisant les erreurs liées à l'activité médicale.

Mais de nos jours, les risques identifiés peuvent concerner aussi bien les éléments techniques et sanitaires que les media, les erreurs d'identité ou la sécurité.

---

[58] Collectif sous la direction de Michel Sfez et Patrick Triadou, *Qualité et gestion des risques en établissement de santé,* Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 2005, p.18.

[59] Alain Lepape, *Qualité des soins, gestion des risques et infections nosocomiales,* Revue Esprit - L'hôpital en mouvement, Janvier 2007.

[60] T.A. Brennan, L.L.Leape, N.M.Laird, L.Hebert, A.R.Localio, A.G.W.Lawthers, *Incidence of perverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study,* I.N.Engl J.Med., 1991, p370-376.

A ce titre, les hôpitaux publics sont largement comparables à d'autres industries à risque, comme le nucléaire ou l'aéronautique par exemple ; en effet, de la même manière que pour ces industries, la mauvaise appréhension des risques peut mettre en péril la performance actuelle et future. Nous essaierons donc à travers cette partie de voir les convergences qu'il peut exister entre ces différents secteurs, afin de mieux cerner l'importance de mener une véritable anticipation des risques.

Les risques sécurité

La sécurité est une étape essentielle de l'amélioration de la qualité des soins et représente une forte attente des patients. Elle est donc au cœur de la gestion des risques dans les hôpitaux publics. Comme nous l'a expliqué Luc Cousin, l'AP-HP s'intéresse ainsi actuellement à la sûreté des ascenseurs, mais encore à plus long terme sur les conséquences pour le transport entre établissements en cas de montée des eaux de la Seine ! Les problématiques de sécurité concernent aussi bien les patients que les employés, particulièrement exposés aux accidents de travail et aux risques d'agression.

Un bon exemple de ces risques est la gestion des déchets dans les hôpitaux. L'étude réalisée par Michel Sfez et Patrick Triadou sur la gestion des déchets au centre hospitalier d'Agen est à ce titre intéressante[61]. Les auteurs montrent que les risques liés aux déchets, en particulier les accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques, sont important tant sur le plan de la santé des agents que de leur sentiment de sécurité au travail, du fait de l'émergence de nouvelles pathologies transmissibles par piqûre ou coupure. La prise en charge de ces risques est de plus essentielle pour la notoriété de l'établissement, en tant qu'elle permet de promouvoir l'image d'un établissement non pollueur.

Les risques techniques et sanitaires

Le scandale du sang contaminé en France a été à l'origine d'une prise de conscience par le grand public mais aussi les établissements de l'importance du risque sanitaire.

Ce scandale a mis à jour un besoin de multiplication des agences et des dispositifs pour pallier la défaillance de l'Etat, en même temps qu'il a attiré l'attention sur le prix de la

---

[61] Collectif sous la direction de Michel Sfez et Parick Triadou, *Qualité et gestion des risques en établissement de santé*, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 2005, p13.

non-qualité dans les établissements de santé[62]. Cet élément est d'autant plus important pour notre travail qu'il montre que la gestion des risques est partie prenante de la performance, que ce soit en terme de finances ou de satisfaction des usagers.

Les risques sanitaires, et plus particulièrement les infections nosocomiales, sont donc l'un des points centraux de la gestion des risques dans les établissements publics de santé. Depuis les réformes hospitalières et la T2A, « la comparaison avec les systèmes étrangers débouche sur de nouvelles procédures d'ordre managérial comme l'accréditation, et d'encadrement des pratiques professionnelles avec des recommandations en même temps que plusieurs vigilances sont mises en place, et que sont identifiés Les risques en santé au premier rang desquels apparaissent les infections nosocomiales et la iatrogénie. »[63]

Le risque médiatique

Le scandale du sang contaminé a également eu un impact fort sur la confiance du public dans les professionnels de la santé, et donc dans les hôpitaux.

Le domaine du soin s'était en effet longtemps structuré autour de professions parmi les plus anciennes à avoir affirmé sociologiquement leur identité. Le scandale du sang contaminé a marqué la fin de la confiance ; « de façon progressive, il est devenu clair que le domaine de la santé semblait obscur dans ses pratiques et dans ses comptes »[64].

Au-delà des risques techniques et sanitaires, il convient donc de prendre en compte le risque médiatique. Par exemple, comme nous l'expliquait Luc Cousin, un hôpital ayant obtenu d'excellents résultats peut tout à fait se retrouver coulé en raison de la couverture médiatique d'un incident unique. L'effet « Gault & Millau » prend en effet rapidement de l'ampleur en ce qui concerne les hôpitaux. Récemment, de nombreux exemples de cette vulnérabilité des établissements de santé se sont fait jour dans les média. Le 9 avril dans la soirée, cinq personnes armées et encagoulées avaient fait irruption au service des urgences de l'Hôpital de Saint Denis, et avaient libéré un ami admis une demi-heure plus tôt, après une

---

[62] Collectif sous la direction de Michel Sfez et Parick Triadou, *Qualité et gestion des risques en établissement de santé,* Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 2005, p51.

[63] Collectif sous la direction de Michel Sfez et Parick Triadou, op.cit., p.57.

[64] Collectif sous la direction de Michel Sfez et Parick Triadou, op.cit., p.53.

chute lors de son interpellation par la police. Un policier avait dû tirer un coup de feu dans un couloir de l'hôpital, sans faire de blessés. Immédiatement, les journalistes se sont emparés de l'affaire pour critiquer l'absence de sécurité dans cet hôpital, et ces enquêtes trouvent un fort retentissement parmi les usagers. La notoriété de l'hôpital en est très affectée. Luc Cousin nous a expliqué que l 'événement aurait même certainement des retentissements sur l'AP-HP elle-même, du fait d'une erreur d'un journaliste ayant affirmé que l'hôpital de Saint-Denis faisait partie de l'AP HP. Par ailleurs, les récents coûts de feu à l'hôpital Avicenne risquent de porter atteinte à l'image de l'établissement malgré ses performances. On peut ainsi lire sur Internet le titre suivant : « Avicenne, l'hôpital aux milles scandales »[65].

D'autre part, les nombreuses enquêtes médiatiques proposant le « Palmarès 2006 des hôpitaux »[66] ou le « Classement des hôpitaux les plus sûrs »[67] sont friandes de bilans sur les infections nosocomiales ou autre critère permettant le classement ou l'établissement de palmarès. Par là même, les hôpitaux publics perdent souvent la maîtrise de l'image qu'ils renvoient, et adoptent donc une stratégie de repli qui consiste à ne fournir les données qu'avec réticence. Dans le Point du 1er juin 2006, on peut lire ainsi : « *Le Point* ayant demandé ce document public aux hôpitaux, certains ont sollicité l'avis de la Direction Générale de la Santé. Et le Dr Philippe Garnier a estimé, dans une note du 5 mai, que, pour d'obscures raisons juridiques, « il était conseillé de ne pas répondre favorablement à ce genre de demande » »[68].

Face à ce risque médiatique, les hôpitaux publics doivent donc maîtriser au mieux l'information sortante : comme l'expliquent Pierre Anhoury et Gérard Viens dans *Gérer la qualité et les risques à l'hôpital,* la maîtrise du risque médiatique suppose que « la

---

[65] http://www.bladi.net/forum/4327-lire-absolument-avicenne-hopital-mille-scandales/

[66] Philippe Houdart, Jérôme Vincent et François Malye, « Palmarès 2006 des hôpitaux » in *Le point*, 1er Juin 2006, n°1759

[67] Vincent Olivier, Estelle Saget, « Le classement 2007 des hôpitaux les plus sûrs » in L'Express, 18 janvier 2007, p34

[68] Philippe Houdart, Jérôme Vincent et François Malye, op. cit., p94

communication de l‘évaluation soit gérée par les professionnels et les institutions de santé »[69].

Il est intéressant de remarquer que ce risque médiatique est une dimension partagée par l'ensemble des industries à risque. Si l'on prend comme exemple la gestion des déchets radioactifs[70], il est ainsi facile de dresser un parallèle :

En France et en Europe, les risques liés aux déchets radioactifs sont situés dans les « risques biosociaux ». C'est un type de risque auquel notre société est particulièrement sensible. Ainsi, l'opinion des Français comme des Européens sur la gestion des déchets radioactifs est très négative. La perception que nos concitoyens ont de la gestion des déchets radioactifs ne correspond pas au diagnostic technique réel.

Pour plus de 60% des Français, la gestion des déchets radioactifs est mal assurée (BVA 2000). Et c'est un problème considéré comme non résolu pour 76% (BVA 1999). Les déchets radioactifs sont même perçus comme plus dangereux que les centrales nucléaires (France BVA-IPSN 2001)[71]

C. L'évaluation des risques

Selon Luc Cousin, une bonne évaluation des risques suppose de croiser leur probabilité statistique et la gravité du fait, puis d'adopter pour chaque risque la démarche d' « évitabilité » adéquate. En ce sens, la démarche est similaire à celle que l'on doit adopter dans n'importe quelle industrie à risque : « La gestion des risques est une démarche collective, destinée à accroître la vigilance des personnels, dont l'objectif est d'améliorer la sécurité des patients et du personnel hospitalier et en finalité, la qualité des soins. Elle repose sur trois étapes : le recensement et l'identification des risques, leur analyse et la mise en place de mesures correctrices. »[72]

---

[69] Collectif sous la direction de Pierre Anhoury et Gérard Viens, *Gérer la qualité et les risques à l'hôpital*, Paris, ESF Editeurs, 1994, p22.

[70] Yves Le Bars, « Les processus de gestion des déchets radioactifs » in *Gérer les risques collectifs,* Paris, Editions de l'Aube, 2002, p157.

[71] Yves Le Bars, op.cit.

[72] Collectif sous la direction de Pierre Anhoury et Gérard Viens, op.cit., p38.

Si une gestion des risques est bien un présupposé d'une évaluation efficace de la performance, dans quelle mesure ne doit-on pas penser qu'elle doit être intégrée aux modèles d'évaluation plutôt que d'apparaître comme un simple corollaire ?

Le modèle développé en partenariat avec Accenture mentionne certes l'existence d'une politique de gestion des risques. Cependant, un tel modèle peut certes instaurer l'impératif de mener une telle politique, mais ne peut pas intégrer l'évaluation de la gestion de risques en tant que tel. Ceux-ci sont en effet par nature mouvants et évolutifs, et résistent donc à l'intégration au sein d'un tableau de bord constitué à un instant t. De plus, il est difficile de déterminer en matière d'anticipation des risques un objectif cible. En effet, cela supposerait que l'on sache exactement quels risques vont apparaître, ce qui est une aberration. Une politique de risques rondement menée doit en réalité « faire son maximum » pour que tous les risques existants et potentiels soient bien perçus, évalués et traités : l'optimum en termes de moyens mis en œuvre est impossible à déterminer.

D'autre part, le fait de mener ainsi en parallèle de l'évaluation de la performance un travail de gestion et d'anticipation du risque peut permettre d'enrichir le modèle au fil du temps, en fonction de l'apparition ou de l'atténuation des menaces qui pèsent sur l'hôpital public.

IX. Signification politique, économique et idéologique de cette évolution

Nous avons vu l'ampleur des bouleversements liés à la mesure de la performance et du chemin qu'il reste à parcourir ; il importe donc de se poser la question des raisons profondes à l'origine d'une telle révolution. Que signifie-t-elle politiquement, ou autrement dit qui a intérêt au développement de ces mesures de la performance ? Plus loin, quels sont les enjeux économiques mais aussi idéologiques d'un tel bouleversement ? Si la performance est une notion qui s'est formée dans le secteur privé, que signifie son arrivée dans la sphère publique ? Est-ce le signe d'une contagion augurant une disparition des caractéristiques spécifiques de ce secteur, ou le management public est-il capable de phagocyter ce concept de performance tout en conservant « l'esprit » du secteur public ? Parle-t-on de la même chose lorsque l'on évoque la performance dans le privé et dans le public ? Et le privé n'a-t-il pas lui aussi quelque chose à apprendre de la vision propre de la performance qui commence à voir le jour dans le public ?

A. Qui a intérêt à ces mesures de la performance ?

1. Les hôpitaux ?

Il est clair que le développement de systèmes propres de mesure de la performance est un enjeu décisif pour les hôpitaux publics, dans la mesure où ils souhaitent conserver une marge de manœuvre dans la définition de leur stratégie. L'implication de 43 établissements dans les groupes de travail COMPAQH initiés par l'Etat est en ce sens un symptôme de la nécessité pour les hôpitaux de se positionner comme acteur du changement au lieu de se laisser imposer une vision surplombante et générale de la performance.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu auparavant, les hôpitaux publics ont intérêt à développer eux-mêmes des systèmes de mesure de la performance s'ils ne veulent pas se faire dépasser par les enquêtes médiatiques souvent peu fiables et susceptibles de déclencher le scandale. La maîtrise de l'information communiquée au grand public s'avère donc décisive pour un hôpital soucieux d'affirmer son positionnement sur un bassin de santé.

Mais derrière ces enjeux d'autonomie et de maîtrise de leur réputation, il convient tout de même de se demander si ces systèmes d'évaluation de la performance sont réellement

source d'amélioration pour les hôpitaux. Certes, la mise en place de tels modèles permettra aux gestionnaires de mieux rendre des comptes. Mais en ce qui concerne l'amélioration des services, il faut noter qu'une simple exploitation des données ne suffira certainement pas : comme le rappelle François Champagne[73], elle doit être « accompagnée d'une action simultanée sur la stratégie, la culture et la structure ». Il convient de se rappeler que ces modèles sont des outils d'analyse, et qu'ils ne permettent pas la décision thérapeutique et quotidienne. Cet outil n'inclut donc pas l'aspect « qualité » au sens médical, et ne présage en rien de l'implication de l'ensemble des équipes.

D'autre part, comme nous l'a exposé Jérôme Cottard, la performance d'un hôpital au sens de bonne gestion diffère de celle imposée par l'Etat. La perception d'un établissement de ses objectifs, les ambitions de sa direction, la connaissance de son bassin de santé, rendront son approche bien différente de l'approche standardisée, mais aussi plus soucieuse de préserver un équilibre financier et territorial, qui lui est appliquée par le haut. L'évaluation de la performance par le haut n'aura de sens pour les directeurs hospitaliers que si ceux-ci ont pu s'impliquer au maximum dans les groupes de travail sur le sujet, afin de faire émerger leur propre vision de la performance.

2. L'Etat ?

Nous avons vu plus haut qu'en terme de coûts / bénéfices, la mise en place de systèmes de mesure de la performance risquait de coûter plus cher à l'Etat qu'elle ne pourrait lui apporter en terme d'économie sur les dépenses de santé, du fait de la nécessaire mise en place de systèmes informatiques coûteux et de l'apparition de nouvelles fonctions. Quel intérêt a donc alors l'Etat à la mise en place de tels systèmes ? Si à long terme la question laisse songeur, à court terme il est certain que la remontée d'information dans le cadre de la LOLF s'avère être à elle seule un enjeu de taille.

Enfin, la diffusion de l'idéologie de la performance sert d'argument face à un contribuable qui réclame toujours plus de transparence. Au-delà de sa fonction d'affichage, cette diffusion permet de plus aux divers gouvernements de désigner plus facilement des responsables afin de faciliter l'imputation des dérapages en terme de dépenses, et des succès.

---

[73] François Champagne, *Eléments d'architecture des systèmes d'évaluation de la performance*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 17 juin 2005

3. L'usager ?

La question de l'utilité de ces modèles se pose de façon très pressante pour les usagers. Si l'État cherche à répondre à la demande de transparence et d'imputabilité du contribuable, les hôpitaux aux exigences du citoyen, quelle utilité y a t'il réellement pour les usagers ?

Selon François Champagne, les systèmes peuvent être utiles seulement marginalement pour la population. [74] En effet, au-delà du manque de confiance réel dans les données qui leur sont apportées, les usagers ont de fait très peu la possibilité de se servir de ces données pour véritablement choisir leur établissement de soins, contrairement au Royaume Uni, où, comme nous l'avons vu, le NHS est en mesure de proposer un choix réel aux usagers.

De plus, la définition de la performance donnée par les usagers n'est pas du tout la même que celle de l'Etat ou des organismes hospitaliers. D'abord, les aspects financiers ne sont pas les plus importants à leurs yeux : il est étonnant de voir que certains sondages montrent que la santé et les hôpitaux sont la seule partie du secteur public pour laquelle les usagers seraient prêts à dépenser plus ! Par ailleurs, si certains des critères qu'ils considèrent comme primordiaux, comme le temps d'attente ou les infections nosocomiales par exemple, sont bien intégrés dans les modèles, leurs préoccupations principales, à savoir la qualité des soins et la guérison, sont encore mal prises en compte. Nous nous heurtons donc de nouveau au paradoxe précédemment évoqué d'une performance qui oublie le cœur de métier des hôpitaux, le soin.

4. Un enjeu politique et de santé publique

La mise en place des systèmes d'évaluation de la performance est donc un enjeu politique de taille, chaque partie a intérêt à imposer sa vision de la performance en fonction de ses intérêts stratégiques.

En particulier, il est clair que le développement – ou non – de modèles standardisés de mesure de la performance des hôpitaux publics sera lourd d'enjeux pour l'hôpital public. Si ces modèles se développent, avec la puissance normative qu'ils intègrent, ils risquent de déboucher vers une standardisation et une descente en gamme des hôpitaux publics qui ne feront plus que « ce qu'on leur demande », tandis que les hôpitaux privés possédant une plus

---

[74] François Champagne, op.cit.

grande marge de manœuvre se placeront sur les nouveaux créneaux ; comme cela nous a été confirmé lors de deux entretiens différents, cette évolution est déjà à l'œuvre sur certains types d'actes. Inversement, si une certaine marge de liberté est laissée aux hôpitaux publics, alors ceux-ci pourront continuer à rivaliser avec les hôpitaux privés ; cette égalité de traitement serait d'ailleurs cohérente avec la logique de convergence qui se met en place dans le sillage de la tarification à l'activité.

Il est important de remarquer ici que notre analyse du thème de la performance hospitalière nous a permis de découvrir l'affrontement de trois logiques contradictoires dans les politiques de santé menées depuis quelques années : d'une part, une tendance à l' « évaluationnisme » qui isolerait et déclasserait à terme les hôpitaux publics, d'autre part une tendance à l'égalité de traitement entre privé et public dans la lignée de la réforme « T2A » débouchant sur une forme de concurrence généralisée. Ces deux évolutions, enfin, s'opposent à la planification des soins sur le territoire, qui annihile la concurrence et ne raisonne pas en termes de performance mais de spécialisation.

B. La notion de performance hospitalière et son rapport à la sphère privée

Comme nous l'avons vu, c'est d'abord dans le secteur privé que la notion de performance s'est développée. Que signifie donc son apparition dans le domaine hospitalier, et plus généralement dans le secteur public ? Dans quelle mesure la « volonté de performance » constitue-t-elle le symptôme d'un mouvement général de « marchandisation » du secteur de la santé ? A-t-on là la preuve d'une contamination du public par les impératifs du secteur privé, ou est ce simplement le signe d'une influence réciproque et bénéfique ?

1. Vers l'apparition d'un marché ?

Les récentes réformes du secteur hospitalier ont posé les prémices de l'apparition d'un « marché de la santé ». La réforme de la Tarification à l'activité prévoit ainsi la convergence tarifaire des secteurs publics et privés, et donc à terme leur mise en concurrence. L'organisation du système de soins par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire met quant à elle de fait en concurrence les cliniques et les hôpitaux publics, puisqu'elle les compare pour déterminer l'affectation des activités sur un territoire à tel ou tel établissement. Les hôpitaux eux-mêmes sont d'ailleurs obligés de considérer les autres établissements hospitaliers avant d'établir leurs stratégies. Il apparaît donc clairement que la concurrence entre établissement de soins est en train de voir le jour.

Pourtant, si la concurrence devient une réalité à laquelle les hôpitaux doivent se confronter, les autres éléments nécessaires à l'apparition d'un marché ne sont pas réunis. Un marché suppose certes une concurrence mais aussi l'existence d'une offre et d'une demande. L'offreur existe, ce sont les établissements de santé, le demandeur est le patient. Mais le demandeur n'a pas encore réellement le choix de l'offreur, puisqu'il ne peut choisir de façon entièrement libre l'établissement de santé dans lequel il va se faire soigner, contrairement au supermarché dans lequel il va faire ses courses. Comme dans le cas du NHS du milieu des années 90, les hôpitaux français sont en réalité soumis à une concurrence faussée et limitée.

Nous évoquions en début de mémoire l'émergence de la performance comme un début de réponse à cette lacune. L'exemple du NHS évoqué plus haut doit nous éclairer sur un des futurs possibles du système hospitalier français qui, si les travaux d'évaluations de la performance deviennent publics, deviendra un véritable marché des soins. La grande différence avec l'évolution française, c'est qu'en France la dimension politico-économique de cette évolution est larvée, silencieuse, et se fait sous le masque de la « performance », mot moins sensible que celui de « marché ». Il est donc possible de voir l'attention portée à la performance comme un symptôme des bouleversements d'un secteur qui devient de plus ne plus similaire au secteur privé. Les hôpitaux publics s'adaptent à ces nouvelles logiques de concurrence en développant des réponses inspirées du secteur privé.

Néanmoins, cette logique se heurte à la planification territoriale des soins, qui cherche à éliminer au maximum cette logique concurrentielle. Il est possible cependant d'émettre l'hypothèse selon laquelle les usagers, prenant connaissance de ces évaluations, souhaiteront pouvoir en faire un outil de décision. Dans ce cas, cela se fera sans doute au détriment de la cohérence territoriale des soins.

2. La contamination d'une nouvelle sphère par le « culte de la performance » ?

« Vogue du sport, médiatisation de l'entreprise, explosion de l'aventure, glorification de la réussite sociale et apologie de la consommation : en une dizaine d'années, la société française s'est convertie au culte de la performance. »[75]

---

[75] Alain Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Paris, Pluriel, 1999, p13.

Ainsi débute le livre d'Alain Ehrenberg consacré au culte de la performance. Selon lui, la performance est devenue une véritable idéologie au sein de la société française moderne, idéologie largement issue du monde de l'entreprise : « l'entreprise, quand elle prend le sens d'action d'entreprendre, symbolise le goût du risque et de la performance, devient un modèle d'action. » [76] Ce culte pousse les individus mais aussi les structures à la concurrence, à la prise de risque et au résultat. Il a donc des implications décisives, notamment en terme de management : « Les procédures de réforme managériales, de transformations de l'exercice de l'autorité (…), se développent au moment même où les modes d'action entrepreneuriaux se diffusent dans la société française aux dépens des modes d'action administratifs et assistanciels, où la forme entreprise devient simultanément un modèle de gouvernance pour la société et un modèle de conduite pour les individus. »[77] En extrapolant un peu ce raisonnement, on peut penser que le développement de la logique de la performance dans le secteur public n'est qu'un avatar supplémentaire de ce culte de la performance, qui tend à se diffuser via la propagation d'un modèle de gouvernance issu de la sphère entreprise. Les « modes d'action entrepreneuriaux » seraient en train d'y pénétrer au travers des modèles d'évaluation de la performance, qui viendraient supplanter des modes de gestion plus administratifs.

En ce sens, le secteur hospitalier ne serait qu'un secteur parmi d'autres, phagocyté à son tour par les logiques de l'entreprise. Dans un article consacré à l'économie sociale, une journaliste note ainsi : « Partout, de l'éducation populaire au tourisme, du secteur sanitaire et social aux associations caritatives, des termes comme « performance, « qualité » ou « management » ont désormais droit de cité. »[78]

Si cette analyse relativement alarmiste semble assez réductrice, elle a néanmoins le mérite de poser la question de la dimension idéologique de la diffusion du mot d'ordre de « performance » dans les hôpitaux publics. Elle rappelle la nécessité de se poser la question du pourquoi et du comment : la performance, oui, mais de qui et dans quel but ? L'apparition d'un tel concept ne doit pas être prise à la légère : il faut absolument prendre conscience du poids idéologique du terme, afin que la performance ne reste pas un affichage marketing ou

---

[76] Alain Ehrenberg, op.cit., p200.

[77] Alain Ehrenberg, op.cit., p242

[78] Le monde 1er août 1989

une influence subie, mais devienne bien un moteur dirigé vers l'amélioration du secteur public.

3. Ou un management public précurseur, source d'inspiration pour le secteur privé ?

Nous avons vu que la performance, notion issue du secteur privé, est porteuse d'une idéologie de marché et de profit qui tend à influencer le secteur public. On peut se demander si, réciproquement, l'interprétation et la modélisation de la performance telle qu'elle a lieu dans le secteur public ne peut pas être source d'inspiration et d'enrichissements potentiels pour le secteur privé.

L'interprétation multidimensionnelle de la performance que nous avons vue à l'œuvre dans les hôpitaux publics est très innovante. Si la prise en compte de différentes dimensions de la performance existe bien dans le privé, comme le montre le modèle de balanced scorecard, celui-ci reste soumis en dernier recours à la performance financière dans la plupart des modèles. Ce que les modèles d'évaluation de la performance tels qu'ils apparaissent dans les hôpitaux publics peuvent apporter au privé, c'est la prise en compte simultanée de différentes dimensions parfois contradictoires de la performance.

Ce caractère complexe de l'évaluation de la performance des hôpitaux publics pourrait être source d'inspiration pour le secteur privé. Dans les modèles que nous avons pu voir, le profit n 'est pas une force maîtresse mais un moyen d'action, les buts sont multiples et leur atteinte difficile à mesurer. Les réponses méthodologiques apportées – notre modèle ou ceux dont nous avons évoqué les grandes lignes – font souvent preuve d'une créativité qui pourrait inspirer le privé. En effet, à l'heure où les impératifs environnementaux ou sociaux sont de plus en plus prégnants, il serait intéressant de les rattacher à la performance globale de l'entreprise au lieu d'en faire, comme c'est le cas aujourd'hui, des objectifs poursuivis de manière accessoire et détaillés en fin de rapport annuel ou dans un « rapport développement durable » isolé de la performance financière.

Enfin, l'étude de la performance dans le secteur hospitalier et de ses différentes méthodes d'évaluation ont souligné la contingence de la performance à un système de valeurs et à une finalité. Comme le rappelle bien François Champagne, ce que nous mesurons dépend de nos valeurs et de nos intentions : « ce qu'on choisit de mesurer est **un message** de ce qui

est valorisé et de ce l'on veut valoriser. »[79]. Une telle approche pourrait être utile également dans le secteur privé : elle mettrait en lumière les implications politiques et sociétales de l'action, ainsi que les enjeux de pouvoir qui existent derrière la fixation et le choix d'objectifs organisationnels.

[79] François Champagne, op.cit.

X. Bibliographie

<u>L'hôpital (ouvrages généralistes)</u>

Jean de Kervasdoué, *L'hôpital*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, p.25.

Collectif sous la direction de Louis Rolland, *L'hôpital de A à Z*, Paris, Fédération hospitalière de France, 2004, p.25, p.49.

François Ponchon, *Les droits des patients à l'hôpital*, PUF, Collection « Que sais-je ? », 1999

Charles Webster, *The National Health Service: a political History*, New edition, Oxford University Press, 2002

<u>Gestion et organisation</u>

Michel Crozier, *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Paris, Editions du Seuil, 1977, p78.

François Champagne, *Eléments d'architecture des systèmes d'évaluation de la performance*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 17 juin 2005

Alain Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Paris, Pluriel, 1999, p13, p200

Patrick Jaulent et Marie-Agnès Quarès, *Pilotez vos performances*, Paris, Afnor, 2006

Didier Joliot, *Définir la performance des systèmes d'information*, Hermès Sciences, Paris, 2003

Carla Mendoza, Marie-hélène Delmond, Françoise Giraud et Hélène Löning, *Tableaux de bord et balanced scorecards*, Paris, Groupe Revue Fiduciaire, 2002, p154.

<u>Rapports, discours</u>

Patrick Blanc, Agathe Denechere, Amélie Verdier et Gilles Duhamel, *Rapport sur les Agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières*, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des finances, avril 2007.

Rapport de M. René Couanau, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 19 mars 2003.

Ministère de la Santé et des Solidarités, *Infections nosocomiales : le dossier*, janvier 2007

Collectif, *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2003* La Documentation française, Édition 2005, Partie 3 « Données sur la situation sanitaire et sociale en France »

Mesure de la performance hospitalière, sources institutionnelles

OCDE

Tim Kesley, « Améliorer la qualité des soins » in *L'observateur de l'OCDE*, N°229, Royaume Uni, Novembre 2001, p1.

Sheila Leatherman, « Être à la hauteur : Comment évaluer les soins de santé ? » in *L'observateur de l'OCDE*, novembre 2001, p18.

Organisation mondiale de la Santé

World Health Organization, *The World Health Report 2000, Health Systems, improving performance*, 2000, p7.

World Health Organisation, Regional Office for Europe, *Measuring hospitals performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions, Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10-11 January 2003*, Copenhague, 2003, p8.

C. Shaw (World Health Organization, Regional Office for Europe, HEN=Health evidence network), *How can hospital performance be measured and monitored?*, Copenhague, 2003.

Jérémy Veillard, Ann-Lise Guisset, Mila Garcia-Barbero (World Health Organization, Regional Office for Europe), *Selection of Indicators for Hospital Performance Measurement, A report on the 3rd and 4th workshop*, Barcelona, 2003, p16

World Health Organization, Regional Office for Europe, *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals,* Copenhague, 2007.

GMSIH

GMSIH, Pilotage des établissements de santé – Définition des projets Pilotage. *Enjeux du pilotage de la performance pour les établissements de santé : passer d'une logique d'obligations externes à une logique de volonté managériale interne. Version 1.0.*

GMSIH, *Kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé,* avril 2006

Mesure de la performance hospitalière : ouvrages / publications

Adalsteinn D. Brown, George H. Pink, François Champagne, « L'établissement d'un système de mesure de la performance des services de santé : leçons tirées de la présentation de rapports sur les hôpitaux en Ontario, au Canada » in *Lettre d'information de Gouverne et Transformation des organisations de santé*, volume 2, n°1, février 2002, p6

François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Julie Picot-Touché, François Béland, Hung Nguyen, *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : le modèle EGIPSS (Evaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé),* Université de Montréal, Avril 2005, p5, p6

Eliezer Geisler, Ori Heller, *Management of Medical Technology*, Boston / Dordrecht / London, Kluwer Academic publishers, 1998, p41

Pierre Lombrail, Michel Naiditch, Dominique Baubeau et Philippe Cuneo, "Les éléments de la "performance" hospitalière : les conditions d'une comparaison" in *DREES Etudes et résultats* n°42, décembre 1999

Qualité, gestion des risques

Collectif sous la direction de Pierre Anhoury et Gérard Viens, *Gérer la qualité et les risques à l'hôpital,* Paris, ESF Editeurs, 1994, p22, p38

T.A. Brennan, L.L.Leape, N.M.Laird, L.Hebert, A.R.Localio, A.G.W.Lawthers, *Incidence of perverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study,* I.N.Engl J.Med., 1991, p370-376.

Yves Le Bars, « Les processus de gestion des déchets radioactifs » in *Gérer les risques collectifs,* Paris, Editions de l'Aube, 2002, p157.

Alain Lepape, *Qualité des soins, gestion des risques et infections nosocomiales*, Revue Esprit - L'hôpital en mouvement, Janvier 2007.

Collectif sous la direction de Michel Sfez et Parick Triadou, *Qualité et gestion des risques en établissement de santé,* Rueil Malmaison, Editions Lamarre, 2005, p13, p18, p51, p53, p57

Articles de presse

Le Monde, 1er août 1989, in Alain Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Paris, Pluriel, 1999, p13, p243

Philippe Houdart, Jérôme Vincent et François Malye, « Palmarès 2006 des hôpitaux » in *Le point*, 1er Juin 2006, n°1759, p94

Vincent Olivier et Estelle Saget, « Le classement 2007 des hôpitaux les plus sûrs » in *L'Express*, 18 janvier 2007, p34

Sites Internet

J. Ware et al. "Defining and measuring patient satisfaction with medical care". *Eval Program Plan* 1983; p6:247-63 sur www.aphp.fr, rubrique « Mieux nous connaître – la satisfaction des usagers »

Projet PATH : ww.pathqualityproject.org

Projet COMPAQH : http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/

http://www.bladi.net/forum/4327-lire-absolument-avicenne-hopital-mille-scandales/

Documentation Accenture

Harald Deutsch et Dick Ralfs, Public service value analysis of German hospitals. Public service value in healthcare: who is providing real benefits to citizens?, copyright © Accenture 2006